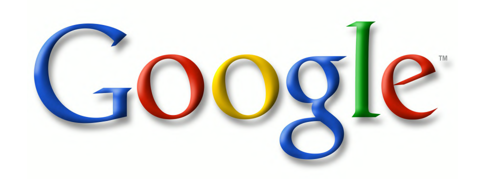
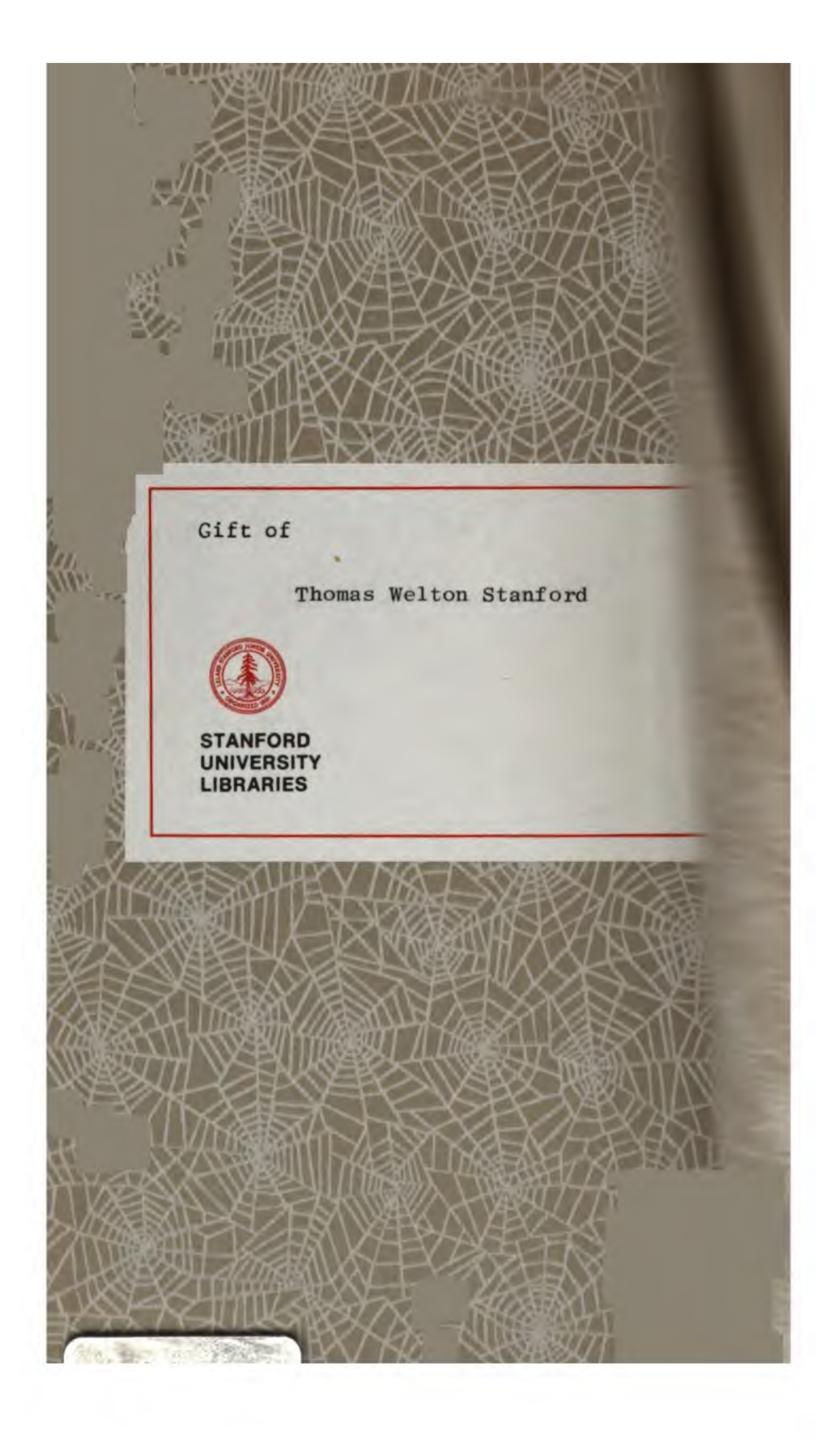





Gift of
Thomas Welton Stanford
STANFORD
UNIVERSITY
LIBRARIES

linique à la Salpêtrière

ONS

IÉNIE

IES MENTALES,
S PHOBIES,
D'INCOMPLÉTUDE,
DU RÉEL,

T

pêtrière







Travaux du laboratoire de Psychologie de la Clinique à la Salpêtrière
TROISIÈME SÉRIE

LES OBSESSIONS
ET
LA PSYCHASTHÉNIE

I

ÉTUDES CLINIQUES ET EXPÉRIMENTALES
SUR LES IDÉES OBSÉDANTES, LES IMPULSIONS, LES MANIES MENTALES,
LA FOLIE DU DOUTE, LES TICS, LES AGITATIONS, LES PHOBIES,
LES DÉLIRES DU CONTACT, LES ANGOISSES, LES SENTIMENTS D'INCOMPLÉTUDE,
LA NEURASTHÉNIE, LES MODIFICATIONS DU SENTIMENT DU RÉEL,
LEUR PATHOGÉNIE ET LEUR TRAITEMENT

PAR

Le Dr PIERRE JANET

Professeur de Psychologie au Collège de France,
Directeur du Laboratoire de Psychologie de la Clinique à la Salpêtrière

DEUXIÈME ÉDITION

PARIS
FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR
ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1908

A MONSIEUR LE PROFESSEUR

TH. RIBOT

MEMBRE DE L'INSTITUT

HOMMAGE
DE RESPECTUEUSE AFFECTION



PRÉFACE DE LA DEUXIÈME ÉDITION

La première édition de cet ouvrage a été publiée en 1903 : je crois devoir la reproduire maintenant à peu près sans modifications. Il aurait été nécessaire d'augmenter beaucoup ce volume pour répondre aux diverses discussions qu'il a provoquées. J'ai seulement essayé de tenir compte des plus intéressantes critiques pour compléter certaines parties de cette étude. Ainsi la description et l'interprétation des impulsions liées dans certains cas aux diverses obsessions était insuffisante dans la première édition; elle a été augmentée et précisée sur certains points. L'étude des délires qui se développent dans l'état psychasthénique ainsi que la description des divers types cliniques de la maladie sont également plus complètes dans cette seconde édition. La conception clinique de l'ensemble de la maladie, la théorie de la tension psychologique et de ses oscillations n'ont guère été modifiées. Elles me paraissent encore avoir quelque importance pour la classification des maladies de l'esprit et pour l'interprétation de nombreux faits aussi bien normaux que pathologiques.

15 mars 1908.

aux méde-
application
enseignée
partie de la
la médecine
tous les
et
mentale
morbides de
qui per-
la série
cette

sont les
folie du doute,
contact, les
d'étrangeté
de névropa-
On voit que
différents : ils
dégénérés »,
je les ai déjà
parce que le
pensée
parait
semblé



INTRODUCTION

Ce livre, comme mes précédents ouvrages, s'adresse aux médecins et aux psychologues. Il présente une nouvelle application de cette méthode que M. Th. Ribot a si heureusement enseignée et qui a donné un caractère spécial à une grande partie de la psychologie française. Cette méthode consiste à unir la médecine mentale et la psychologie, à tirer de la psychologie tous les éclaircissements qu'elle peut apporter pour la classification et l'interprétation des faits que nous présente la pathologie mentale et réciproquement à chercher dans les altérations morbides de l'esprit, des observations et des expériences naturelles qui permettent d'analyser la pensée humaine. Ce livre continue la série des études dans lesquelles je me suis proposé d'appliquer cette méthode aux différentes maladies mentales.

Les maladies qui font l'objet de cette nouvelle étude sont les obsessions, les impulsions, les manies mentales, la folie du doute, les tics, les agitations, les phobies, les délires du contact, les angoisses, les neurasthénies, les sentiments bizarres d'étrangeté et de dépersonnalisation souvent décrits sous le nom de névropathie cérébro-cardiaque ou de maladie de Krishaber. On voit que ces malades ont été désignés sous des noms très différents : ils sont quelquefois réunis sous le nom de « délirants dégénérés », de « neurasthéniques », de « phrénasthéniques » ; je les ai déjà souvent désignés sous le nom de « scrupuleux » parce que le scrupule constitue un caractère essentiel de leur pensée ou sous le nom plus précis de « psychasthéniques » qui me paraît résumer assez bien l'affaiblissement de leurs fonctions psychologiques. Tous ces malades fort divers en apparence m'ont semblé fournir

l'occasion d'une étude intéressante à la fois au point de vue médical et au point de vue psychologique.

Au point de vue médical, j'essaye de réunir ici la description précise d'un grand nombre de symptômes qui me semblent avoir été rarement l'objet d'une étude d'ensemble ; j'essaye d'apporter quelque précision dans l'analyse de toutes ces manies mentales, de toutes ces phobies, de tous ces sentiments anormaux qui ont été trop souvents décrits incomplètement et isolément et qui me semblent devenir beaucoup plus clairs quand ils sont rapprochés les uns des autres.

Ce rapprochement de divers symptômes permet aussi de proposer une réunion de diverses maladies en une seule et de construire une grande psycho-névrose sur le modèle de l'épilepsie et de l'hystérie, la psychasthénie, à la place de ces innombrables obsessions, manies, tics, phobies, délires du doute ou du contact, névroses cérébro-cardiaques.

J'espère aussi, par la comparaison de ces divers symptômes réunis dans une même étude, apporter quelque contribution à l'étude du diagnostic, du pronostic et du traitement de ces affections qui jouent un rôle extrêmement important dans la pathologie nerveuse. Enfin l'analyse psychologique de ces divers phénomènes permet de découvrir entre eux des caractères communs dignes d'intérêt et d'arriver, sinon à une théorie, au moins à une interprétation provisoire destinée surtout à réunir le plus grand nombre possible de ces faits dans une conception générale.

Au point de vue psychologique, je crois qu'un grand nombre de ces phénomènes nous présentent des expériences très remarquables qui apportent des éclaircissements sur les plus intéressants problèmes. Les obsessions, les pseudo-hallucinations, les impulsions qui les accompagnent nous donnent une foule de renseignements sur les diverses catégories d'idées qui se développent dans l'esprit et sur les divers degrés de leur développement. Les manies mentales, les tics, les phobies permettent d'aborder l'étude d'un grand fait, beaucoup trop laissé de côté d'ordinaire, le fait de l'agitation et de comprendre la loi de la dérivation psychologique. Les sentiments qui accompagnent l'exercice de nos diverses fonctions mentales sont très mal connus ; à peine a-t-on examiné un petit nombre d'entre eux comme le sentiment de l'effort et le sentiment de la fatigue. L'étude de nos malades

permet de pénétrer bien plus avant dans l'étude d'un très grand nombre de ces sentiments dits « sentiments intellectuels » ainsi que dans l'étude de plusieurs sentiments sociaux très importants pour comprendre les relations sociales.

Quelle que soit l'importance de ces analyses psychologiques j'insiste sur un problème dont la discussion revient très souvent dans ces pages et dont l'étude forme la partie principale de cet ouvrage. Je veux parler de l'étude des opérations psychologiques qui permettent à l'homme d'entrer en rapport avec la réalité, d'agir sur elle et de saisir son existence avec certitude. La fonction du réel, avec les opérations de la volonté, le sentiment du réel, le sentiment du présent occupe la première place dans la hiérarchie des phénomènes psychologiques et son étude est aussi importante pour la métaphysique que pour la psychologie.

Cette étude des psychasthéniques est divisée en deux volumes. Le second que je publierai en collaboration avec M. le Pr Raymond contiendra les observations cliniques d'un très grand nombre de ces malades, plus de deux cents, il renfermera des descriptions, des documents psychologiques et cliniques qui ne pouvaient prendre place dans les études plus générales du premier volume, il apportera en quelque sorte la justification et les preuves des interprétations présentées par celui-ci.

Le premier volume renferme la plupart des études relatives aux psychasthéniques, la première partie est descriptive et analytique, la seconde est plus théorique et plus générale.

Dans la première partie, après quelques indications sur les malades étudiés et sur leur attitude assez caractéristique, l'étude de leurs obsessions sera faite d'une manière analytique en descendant des caractères les plus apparents, jusqu'aux phénomènes plus profonds dont les premiers semblent dépendre. C'est ainsi que j'étudierai d'abord le contenu ou la matière de ces obsessions, c'est-à-dire le sujet auquel s'appliquent les pensées du malade. Ce sera, par exemple, la pensée du démon, ou l'idée du meurtre, ou celle du suicide, qui tourmente le plus son esprit. Cet aspect, que l'on peut appeler *intellectuel* de l'obsession a été, dans ces derniers temps, un peu négligé, depuis que l'on a remarqué très justement le rôle considérable que joue *l'émotion* dans cette maladie. Il ne me semble pas juste de le négliger complètement, il

occupe une grande place dans les symptômes que présente ce groupe particulier des obsédés que je range sous le nom de scrupuleux. Peut-être son étude nous permettra-t-elle de classer ces diverses obsessions, de remarquer qu'il y a entre elles beaucoup d'analogies et que le contenu de ces idées est loin d'être insignifiant pour l'interprétation de la maladie.

Ensuite, je me propose de réunir sous ce titre « les agitations forcées » les divers troubles qui accompagnent les idées obsédantes ou qui les remplacent. J'entends par là toutes ces opérations exagérées et inutiles qui constituent les manies mentales, les tics, les phobies ou les angoisses.

Enfin, je voudrais chercher dans l'analyse d'un état psychologique spécial, qui ne me paraît pas être précisément une émotion, mais qui doit se ranger dans le grand groupe des *sentiments intellectuels,* dans l'analyse de l'état *d'inquiétude,* le point de départ plus profond d'où proviennent et ces idées spéciales et les diverses agitations.

Il sera plus facile alors, dans une deuxième partie plus générale et plus synthétique, d'examiner les différentes hypothèses qui ont été présentées pour interpréter cette curieuse altération de l'esprit. Je rechercherai, à ce propos, ce que ces troubles, qui sont de véritables expériences psychologiques, peuvent nous apprendre sur le mécanisme de l'esprit sur l'importance de tel ou tel phénomène. Ces altérations de la pensée mettent en lumière le rôle important de certains faits qui restent confondus au milieu des innombrables phénomènes qui remplissent le cours de la vie normale. C'est ainsi que nous pourrons étudier « la fonction du réel » et les divers degrés de « la tension psychologique ». Cette même partie contiendra également les études générales relatives au diagnostic, au pronostic, au traitement et à la place de la psychasthénie parmi les psycho-névroses.

Ces études sur les psychasthéniques ont été faites sur un assez grand nombre de malades ; j'ai réuni depuis quelques années 325 observations qui, malgré une grande et intéressante diversité, me semblent assez comparables pour constituer un groupe. Une partie de ces observations a été prise dans le service de M. Jules Falret à la Salpêtrière ; une autre partie, la plus importante, a été recueillie à la clinique de M. le Pr Raymond, mais un grand nombre de ces malades ont été étudiés en dehors de l'hôpital. Il est inté-

ressant de remarquer déjà que cette catégorie de malades se rencontre un peu plus souvent dans la clientèle de la ville que dans celle de l'hôpital, car, ainsi qu'on le verra, un certain degré de culture intellectuelle joue un rôle dans son développement.

Je n'essaierai pas de résumer ici toutes ces observations ; il suffit d'indiquer sur leur ensemble quelques remarques générales. Sur ces 325 malades, je compte 230 femmes et 95 hommes, la plus grande fréquence de la maladie, dans le sexe féminin, est donc bien manifeste. La plupart de ces malades ont de 20 à 40 ans ; c'est à cette période de la vie que la maladie prend un plus grand développement ; 6 de ces sujets sont au-dessous de 16 ans et nous permettent d'assister aux premiers symptômes du trouble mental, tandis que 9 malades qui ont dépassé 60 ans nous en présentent les formes ultimes.

Ne pouvant décrire avec précision tous ces malades, j'en choisirai quelques-uns qui présentent les phénomènes de la façon la plus précise et la plus intéressante et qui, d'ailleurs, ont été étudiés avec plus de soin pendant de longues périodes et je grouperai les autres cas autour de ces observations prises comme types. Les malades sur lesquels j'insisterai le plus sont surtout les cinq suivants : Claire (Obs. 222)[1] est une jeune fille actuellement âgée de 28 ans, que j'ai étudiée et traitée depuis 9 ans. Cela prouve que la maladie ne se guérit pas aisément, puisque cette jeune fille est encore au moins une anormale, décidée à ne pas se marier et dont on ne peut blâmer la résolution. Elle habite la province et vient de temps en temps passer plusieurs mois à Paris, c'est à ces moments que je la vois régulièrement. Ces alternatives entre les périodes de traitement et les périodes d'interruption déterminent des alternatives intéressantes dans l'évolution de la maladie qui nous fourniront quelques constatations intéressantes. Lise (Obs. 223), pour lui conserver le nom

1. Il est impossible de donner d'une façon complète toutes ces observations, je dois me borner à indiquer d'une façon sommaire les faits présentés par chaque malade et qui ont un intérêt pour la discussion générale. Cependant comme ces observations présentent un certain intérêt, comme elles contiennent certains renseignements utiles, les antécédents héréditaires ou personnels, la durée et l'évolution de la maladie, les résultats du traitement, etc., je compte les résumer dans le second volume de cet ouvrage que je publierai, je l'espère, prochainement en collaboration avec M. le Pr Raymond. C'est pourquoi le nom conventionnel ou les lettres qui désignent un malade seront suivis dans cet ouvrage d'un numéro d'ordre qui permettra de retrouver son observation dans le second volume.

sous lequel je l'ai déjà signalée dans diverses études, (femme de 30 ans, que je suis régulièrement à peu près san ruption depuis 5 ans. Sa maladie, très grave au début, a amendée peu à peu : c'est une femme intelligente, ins capable de bien observer. Jean (Obs. 157) est un homme de dont la maladie mentale, mélange de scrupule et d'hypoc est des plus graves, et quoique je l'observe depuis un désespère de l'améliorer autant que les malades précé Nadia (Obs. 166), ce pseudonyme a été choisi par la mala même, est une jeune fille de 28 ans, que j'observe éga depuis plus de 6 ans et qui est particulièrement bien c puisqu'elle a l'habitude, rare chez les scrupuleux, de m'éc longues lettres, où elle note, avec de grands détails, be d'incidents de sa maladie. Gisèle (Obs. 171) est une femm ans, remarquable par son aptitude à l'analyse psycholog par ses descriptions imagées, qu'elle consent souvent à comme la précédente et qui m'ont souvent rendu service. que possible, ces cinq malades seront cités de préférence autres, moins étudiés, leur seront comparés.

PREMIÈRE PARTIE

ANALYSE DES SYMPTOMES



CHAPITRE I

LES IDÉES OBSÉDANTES ET IMPULSIVES

Le premier phénomène qui se présente à l'examen chez les malades que nous voulons étudier ici, ou du moins chez certains d'entre eux atteints gravement et depuis longtemps, semble être un phénomène intellectuel de l'ordre le plus élevé, une *idée* et souvent une idée assez abstraite et assez compliquée. Ces idées se distinguent en effet des autres phénomènes psychologique par leur caractère abstrait et général : ce ne sont pas des sentiments ou des opérations uniquement en rapport avec un état présent et particulier du sujet, ce sont des conceptions qui s'appliquent d'une manière générale à toute une période de la vie ou à la vie tout entière. L'angoisse déterminée par la peur d'un couteau est un sentiment particulier. La pensée que l'on est un criminel capable de tuer à coup de couteau est une idée générale. Dans ce premier chapitre je n'examinerai que les idées de ce genre et les troubles qu'elles déterminent.

Ces idées se reproduisent dans l'esprit du malade, ainsi qu'il l'affirme tout d'abord, malgré lui, d'une manière continuelle et pénible et le poussent à accomplir des actes qu'il trouve inutiles et mauvais. Cette permanence de l'idée, son caractère impulsif ne sont pas justifiés par son importance et son utilité pratique; aussi l'absence d'utilité par rapport à la vie pratique distingue ces idées de celles du savant et de l'inventeur et lui donne déjà un caractère pathologique[1]. Des idées de ce genre sont désignées sous le nom d'*idées obsédantes ou impulsives*.

Dans nos précédentes études sur des malades atteints d'idées

1. Blocq et Onanof, *Revue scientifique*, 1890. — Kéraval, L'Idée fixe. *Archives de neurologie*, 1899, II, p. 6.

fixes, nous avions remarqué que *l'objet de ces idées, leur contenu* n'avait pas une extrême importance. Les phénomènes les plus importants pour déterminer la nature de l'idée et son mécanisme étaient constitués par ce que l'on peut appeler *la forme de l'idée*, c'est-à-dire les caractères psychologiques qu'elles présentaient dans leur évolution. L'idée était-elle consciente, clairement reconnue comme fausse par le malade, était-elle impulsive, systématique ou non, etc. ? Telles étaient les questions les plus importantes. Quant au contenu de l'idée, que le malade rêvât à un incendie ou son petit chien écrasé par un tramway, cela n'avait qu'une importance secondaire. Au contraire, les obsessions exprimées par les malades scrupuleux, que nous considérons maintenant, se présentent au premier abord comme si étranges que leur contenu mérite tout d'abord d'attirer notre attention, car il joue un rôle important dans l'évolution de la maladie.

Je me propose donc, dans ce chapitre, d'étudier d'abord *le contenu des idées obsédantes et impulsives,* l'objet de la pensée qui remplit l'esprit du malade. Puis, dans la deuxième partie de ce chapitre, j'examinerai *la forme psychologique* que prend cette idée, c'est-à-dire les caractères psychologiques qui la déterminent et qui semblent la distinguer des autres idées normales.

PREMIÈRE SECTION

LE CONTENU DES IDÉES OBSÉDANTES ET IMPULSIVES

Le contenu d'une idée ne peut être connu que par des expressions du malade, par son attitude et son langage. Il faut étudier en quelques mots cette attitude des malades pour se rendre compte des difficultés de l'observation. Les pensées qui remplissent les obsessions ainsi que les impulsions correspondantes, car je ne crois pas que l'on puisse séparer ces deux groupes de phénomènes, peuvent être rangées ensuite dans cinq classes : les obsessions du sacrilège, les obsessions du crime, les obsessions de la honte de soi, les obsessions de la honte du corps et les obsessions de maladie ; enfin, nous pourrons à la fin de cette première étude chercher à dégager quelques caractères généraux qui se retrouvent toujours dans le contenu des idées obsédantes.

1. — *L'expression des idées obsédantes.*

Il est beaucoup plus difficile qu'on ne le croit généralement de décrire avec précision les idées qui tourmentent les obsédés. Ces malades ont en effet presque tous une attitude et une manière de s'exprimer qui me paraît précisément dépendre de leur état mental, mais qui gêne singulièrement les recherches psychologiques. Sans doute, ils sont doux, aimables, assez intelligents et ne présentent ni ces colères, ni ces entêtements, ni ces confusions qui gênent dans l'examen d'autres sujets, mais ils ont une peine infinie à parler avec précision de ce qu'ils éprouvent et ne font l'aveu de leurs pensées que d'une manière perpétuellement incomplète, obscure et embarrassée.

Le scrupuleux, au début de son mal, quand il s'aperçoit que sa pensée est troublée, commence par dissimuler soigneusement son état à son entourage et pendant des années, sa famille peut ignorer qu'il est atteint d'une maladie mentale. Il faut des circonstances toutes spéciales pour le décider à parler. Ger. (Obs. 214[1]), par exemple, laisse échapper son secret quand, pendant une petite maladie, on veut la faire soigner par sa belle-sœur : dans son délire, elle se figure depuis plusieurs années avoir tué la mère de cette jeune femme. Elle trouve trop horrible d'être maintenant soignée par elle et se décide à expliquer pourquoi elle refuse ses soins. Ou bien il faut que la maladie ait été soupçonnée à cause de quelques manifestations extérieures mal réprimées, en général à cause du bavardage que font ces malades à mi-voix et que la famille inquiète les presse de questions. On entend Bor. pendant plusieurs jours répéter indéfiniment «non, non» dès qu'elle est seule. Elle refuse d'expliquer ce mot à son mari ; il faut que son père vienne la supplier pour obtenir l'aveu qu'elle résiste au démon. Bien souvent d'ailleurs on amène les malades au médecin simplement parce qu'on est inquiet de leur attitude, mais sans

1. Le chiffre qui suit le nom d'un malade désigne le numéro que portera son observation dans le deuxième volume de cet ouvrage. Dans ce volume publié en collaboration avec M. le professeur Raymond, nous étudierons les antécédents du malade, l'évolution qu'a eue chez lui la maladie, les traitements qui ont pu dans ce cas avoir un influence, études cliniques qui ne peuvent toutes prendre place dans ce premier volume.

sous lequel je l'ai déjà signalée dans diverses études, est une femme de 30 ans, que je suis régulièrement à peu près sans interruption depuis 5 ans. Sa maladie, très grave au début, a pu être amendée peu à peu ; c'est une femme intelligente, instruite, capable de bien observer. Jean (Obs. 157) est un homme de 31 ans, dont la maladie mentale, mélange de scrupule et d'hypocondrie, est des plus graves, et quoique je l'observe depuis un an, je désespère de l'améliorer autant que les malades précédentes. Nadia (Obs. 166), ce pseudonyme a été choisi par la malade elle-même, est une jeune fille de 28 ans, que j'observe également depuis plus de 6 ans et qui est particulièrement bien connue, puisqu'elle a l'habitude, rare chez les scrupuleux, de m'écrire de longues lettres, où elle note, avec de grands détails, beaucoup d'incidents de sa maladie. Gisèle (Obs. 171) est une femme de 30 ans, remarquable par son aptitude à l'analyse psychologique et par ses descriptions imagées, qu'elle consent souvent à écrire comme la précédente et qui m'ont souvent rendu service. Autant que possible, ces cinq malades seront cités de préférence, et les autres, moins étudiés, leur seront comparés.

PREMIÈRE PARTIE

ANALYSE DES SYMPTOMES

CHAPITRE I

LES IDÉES OBSÉDANTES ET IMPULSIVES

Le premier phénomène qui se présente à l'examen chez les malades que nous voulons étudier ici, ou du moins chez certains d'entre eux atteints gravement et depuis longtemps, semble être un phénomène intellectuel de l'ordre le plus élevé, une *idée* et souvent une idée assez abstraite et assez compliquée. Ces idées se distinguent en effet des autres phénomènes psychologique par leur caractère abstrait et général : ce ne sont pas des sentiments ou des opérations uniquement en rapport avec un état présent et particulier du sujet, ce sont des conceptions qui s'appliquent d'une manière générale à toute une période de la vie ou à la vie tout entière. L'angoisse déterminée par la peur d'un couteau est un sentiment particulier. La pensée que l'on est un criminel capable de tuer à coup de couteau est une idée générale. Dans ce premier chapitre je n'examinerai que les idées de ce genre et les troubles qu'elles déterminent.

Ces idées se reproduisent dans l'esprit du malade, ainsi qu'il l'affirme tout d'abord, malgré lui, d'une manière continuelle et pénible et le poussent à accomplir des actes qu'il trouve inutiles et mauvais. Cette permanence de l'idée, son caractère impulsif ne sont pas justifiés par son importance et son utilité pratique ; aussi l'absence d'utilité par rapport à la vie pratique distingue ces idées de celles du savant et de l'inventeur et lui donne déjà un caractère pathologique[1]. Des idées de ce genre sont désignées sous le nom d'*idées obsédantes ou impulsives*.

Dans nos précédentes études sur des malades atteints d'idées

1. Blocq et Onanof, *Revue scientifique*, 1890. — Kéraval, L'Idée fixe. *Archives de neurologie*, 1899, II, p. 6.

fixes, nous avions remarqué que *l'objet de ces idées, leur contenu*, n'avait pas une extrême importance. Les phénomènes les plus importants pour déterminer la nature de l'idée et son mécanisme étaient constitués par ce que l'on peut appeler *la forme de l'idée*, c'est-à-dire les caractères psychologiques qu'elles présentaient dans leur évolution. L'idée était-elle consciente, clairement reconnue comme fausse par le malade, était-elle impulsive, systématique ou non, etc. ? Telles étaient les questions les plus importantes. Quant au contenu de l'idée, que le malade rêvât à un incendie ou à son petit chien écrasé par un tramway, cela n'avait qu'une importance secondaire. Au contraire, les obsessions exprimées par les malades scrupuleux, que nous considérons maintenant, se présentent au premier abord comme si étranges que leur contenu mérite tout d'abord d'attirer notre attention, car il joue un rôle important dans l'évolution de la maladie.

Je me propose donc, dans ce chapitre, d'étudier d'abord *le contenu des idées obsédantes et impulsives*, l'objet de la pensée qui remplit l'esprit du malade. Puis, dans la deuxième partie de ce chapitre, j'examinerai *la forme psychologique* que prend cette idée, c'est-à-dire les caractères psychologiques qui la déterminent et qui semblent la distinguer des autres idées normales.

PREMIÈRE SECTION

LE CONTENU DES IDÉES OBSÉDANTES ET IMPULSIVES

Le contenu d'une idée ne peut être connu que par des expressions du malade, par son attitude et son langage. Il faut étudier en quelques mots cette attitude des malades pour se rendre compte des difficultés de l'observation. Les pensées qui remplissent les obsessions ainsi que les impulsions correspondantes car je ne crois pas que l'on puisse séparer ces deux groupes de phénomènes, peuvent être rangées ensuite dans cinq classes : les obsessions du sacrilège, les obsessions du crime, les obsessions de la honte de soi, les obsessions de la honte du corps et les obsessions de maladie ; enfin, nous pourrons à la fin de cette première étude chercher à dégager quelques caractères généraux qui se retrouvent toujours dans le contenu des idées obsédantes.

1. — L'expression des idées obsédantes.

Il est beaucoup plus difficile qu'on ne le croit généralement de décrire avec précision les idées qui tourmentent les obsédés. Ces malades ont en effet presque tous une attitude et une manière de s'exprimer qui me paraît précisément dépendre de leur état mental, mais qui gêne singulièrement les recherches psychologiques. Sans doute, ils sont doux, aimables, assez intelligents et ne présentent ni ces colères, ni ces entêtements, ni ces confusions qui gênent dans l'examen d'autres sujets, mais ils ont une peine infinie à parler avec précision de ce qu'ils éprouvent et ne font l'aveu de leurs pensées que d'une manière perpétuellement incomplète, obscure et embarrassée.

Le scrupuleux, au début de son mal, quand il s'aperçoit que sa pensée est troublée, commence par dissimuler soigneusement son état à son entourage et pendant des années, sa famille peut ignorer qu'il est atteint d'une maladie mentale. Il faut des circonstances toutes spéciales pour le décider à parler. Ger. (Obs. 214[1]), par exemple, laisse échapper son secret quand, pendant une petite maladie, on veut la faire soigner par sa belle-sœur : dans son délire, elle se figure depuis plusieurs années avoir tué la mère de cette jeune femme. Elle trouve trop horrible d'être maintenant soignée par elle et se décide à expliquer pourquoi elle refuse ses soins. Ou bien il faut que la maladie ait été soupçonnée à cause de quelques manifestations extérieures mal réprimées, en général à cause du bavardage que font ces malades à mi-voix et que la famille inquiète les presse de questions. On entend Bor. pendant plusieurs jours répéter indéfiniment «non, non» dès qu'elle est seule. Elle refuse d'expliquer ce mot à son mari ; il faut que son père vienne la supplier pour obtenir l'aveu qu'elle résiste au démon. Bien souvent d'ailleurs on amène les malades au médecin simplement parce qu'on est inquiet de leur attitude, mais sans

1. Le chiffre qui suit le nom d'un malade désigne le numéro que portera son observation dans le deuxième volume de cet ouvrage. Dans ce volume publié en collaboration avec M. le professeur Raymond, nous étudierons les antécédents du malade, l'évolution qu'a eue chez lui la maladie, les traitements qui ont pu dans ce cas avoir un influence, études cliniques qui ne peuvent toutes prendre place dans ce premier volume.

qu'on ait pu obtenir une indication précise. Cet aveu est si important et le plus souvent si tardif que Legrand du Saulle le considérait comme un événement caractéristique dans l'évolution de la maladie et faisait débuter avec lui ce qu'il appelait la seconde phase.

Quand on interroge ces malades, ils prennent un air extrêmement embarrassé. Ils sont hésitants, incertains eux-mêmes sur ce qu'ils éprouvent et sur ce qu'ils veulent dire. Les uns comme Lod. (Obs. 132) poussent tout le temps des éclats de rire et se moquent d'eux-mêmes, comme s'il n'y avait rien de sérieux dans leur état. Les autres sont tristes, honteux, prient qu'on n'insiste pas. Tous refusent absolument de faire un récit net et précis de leur maladie. Je puis donner à ce propos un détail caractéristique. J'ai l'habitude, autant que cela est possible, de prier les malades de m'écrire : la feuille de papier légendaire du neurasthénique n'est pas pour me déplaire. Les descriptions sont plus précises par l'écriture que par la parole et le document est souvent intéressant à conserver. J'ai recueilli ainsi des confidences manuscrites sur la plupart des maladies mentales, eh bien, sur 200 scrupuleux, malgré toutes mes supplications, je n'ai pu obtenir ces lettres que de cinq malades seulement. Il ne faut donc compter que sur l'interrogatoire et on ne tarde pas à s'apercevoir qu'il est extrêmement difficile.

Ce ne sont cependant pas les difficultés ordinaires de l'examen des aliénés. Le persécuté refuse souvent de parler parce qu'il prend le médecin pour un ennemi et qu'il s'en méfie ; le scrupuleux ne présente rien de semblable. Il ne se défie pas du médecin et comme nous le verrons, il est au contraire tout disposé à réclamer son aide. Le mélancolique refuse de parler par honte, par humilité ; le scrupuleux sait presque toujours fort bien que ses idées, ses accusations sont fausses. Il se rend assez bien compte qu'il est un malade et qu'il n'a pas lieu d'être honteux. L'hystérique ne peut pas vous parler parce qu'elle ignore, parce qu'elle a oublié ; le scrupuleux oublie fort peu et ce qu'il y a de plus agaçant dans son examen c'est qu'il prétend toujours savoir très bien ce qu'il aurait à dire et que cependant il le dit toujours très mal. Il est hésitant, embrouillé, il se répète sans avancer, il n'achève jamais l'idée qu'il a commencée, il n'avance jamais un mot sans le contredire l'instant suivant et d'ailleurs il vous avertit charitablement que tout ce qu'il a dit est insuffisant, que ce n'est pas encore cela, qu'il aurait bien autre

chose à dire et l'on peut recommencer l'interrogatoire toujours avec le même résultat.

Lod. (Obs. 144), au milieu de ses éclats de rire, vous avertit : « Plus je vais, moins je comprends mes idées, comment voulez-vous que je vous les décrive ? Quand je veux expliquer une idée, elle s'enfuit, ça me fait un trou dans la tête. Je ne puis plus la rattraper. Quand je vous parle, ça me fait l'effet de choses si petites... si petites et cependant quand je suis partie, c'est si grave. » Lise (Obs. 223), quand on l'a interrogée pendant deux heures, quand on a écrit tout ce qu'elle disait, termine en déclarant : « ne l'oubliez pas, je dis presque toujours le contraire de ce que je pense et je ne peux pas retrouver mes idées quand il s'agit d'en parler. Je n'en dis jamais que la moitié. Ne tenez donc pas compte de ce que j'ai dit. » La plus remarquable à ce point de vue, c'est Claire (Obs. 222) qui arrive toujours très affairée, parce qu'elle a des choses importantes à me dire, qu'elle tient à les dire et qu'elle ne retrouvera sa tranquillité qu'après avoir tout dit. On l'encourage à commencer et alors ce sont des bavardages sur la difficulté qu'il y a à parler, sur le problème de savoir par quoi commencer. « J'ai déjà dit tout cela, je l'ai dit cent fois, j'ai dû vous le dire, ce qui me tourmente, c'est que je n'ai pas dit l'essentiel » et elle pleure, et elle rit, et elle se roule sur son fauteuil ; en supplications d'un côté, en gémissements de l'autre, on passe plusieurs heures et alors la voici au désespoir. « Je vais encore partir sans vous avoir dit ce que j'avais à dire, c'est si simple, je vais vous le dire », et la scène recommencerait encore plusieurs heures si on avait le temps de l'écouter. Il faut la renvoyer avec la consolation que la prochaine fois elle dira mieux. J'ai connu cette malade pendant dix-huit mois avant d'avoir deviné sa principale idée fixe.

Par exception, on rencontre des scrupuleux bavards comme Jean (Obs. 157) ou qui écrivent beaucoup comme Nadia (166), mais l'espoir de les entendre parler clairement de leur maladie est bientôt déçu. C'est un flux intarissable de paroles, de plaintes, de gémissements, mais avec les mêmes contradictions, les mêmes obscurités. Jean complique son langage d'une grande quantité de néologismes dont il a peu à peu précisé le sens dans son esprit, mais qui sont loin de rendre son langage plus clair. « Ah ! j'ai eu ma petite mesure depuis que je vous ai quitté ; une petite échaubouillaison a fait que tout repigeonnait encore, et l'obsession mentale et le

fou-rire cérébral qui me labouraient la tête. Je ne pouvais plus résister au besoin de me crisper les organes, cric, crac, meurs donc en te donnant des jouissances. Ce que j'ai dû soulever de poutres en nombre répété pour résister. Vous ne vous figurez pas comme cela produit un état fastidieux tout le long de la ligne des nerfs. » Et il continue ainsi pendant des heures sans arriver à se faire comprendre et surtout sans arriver à se satisfaire lui-même. Il supplie qu'on l'écoute encore un quart d'heure, parce qu'il est si important qu'il ait tout dit. Il consent à s'arrêter avec la promesse que la prochaine fois il reprendra le récit interrompu. Il est curieux de comparer à ce point de vue Claire et Jean. L'une ne peut pas arriver à dire dix mots, l'autre parle avec abondance pendant des heures entières. Le résultat est cependant exactement le même. Ni l'un ni l'autre ne sont arrivés à une expression précise et satisfaisante des troubles qu'ils éprouvent.

Il en est de même pour ceux peu nombreux qui écrivent. Dob. (Obs. 86), jeune femme de 29 ans, qui a toujours le sentiment de s'être mal expliquée par la parole, se décide à m'écrire assez souvent. Mais toutes ses lettres, qui sont semblables au point qu'elles paraissent copiées l'une sur l'autre, ne contiennent que quelques descriptions vagues et banales, identiques à ce que disait la malade. Nadia prétend éprouver une peine extrême à parler : « il me semble, dit-elle, que cela m'étrangle » et elle adopte vite le système de m'écrire des lettres interminables, d'abord dix ou vingt feuilles de papier à lettres, puis, comme ce papier ne suffit plus, cinq à six grandes feuilles de papier écolier. Les mots importants sont répétés trois ou quatre fois, ils sont soulignés un grand nombre de fois. Tout semble réuni pour arriver à une précision satisfaisante et cependant Nadia n'est jamais satisfaite : « que voulez-vous, mes lettres sont aussi embrouillées que mes idées. »

Sans doute, il y a là un sentiment faux, une illusion du malade qui est toujours mécontent de ce qu'il a fait quoiqu'il semble avoir fait les choses d'une manière à peu près suffisante. Nous aurons à étudier en détail ce sentiment et nous étudierons jusqu'à quel point il est erroné et s'il ne correspond pas à une certaine réalité. Pour le moment, remarquons que ce sentiment du malade à propos de son langage, quoique très exagéré chez quelques-uns, est en général assez juste. Cette façon de s'exprimer me paraît assez importante, le désir de se confesser, aucune raison

sérieuse qui s'y oppose et l'impuissance où est le malade à exprimer clairement son état, tels sont les caractères essentiels du langage des obsédés scrupuleux.

On peut observer que ce trouble de l'expression dépend chez quelques-uns d'une émotion de timidité et on cherchera à le rattacher aux autres troubles émotionnels que le malade présente en entrant chez le médecin, en cherchant à lui dévoiler des choses intimes. Il y a là une partie de la vérité : dans un certain nombre de cas, cette attitude est en partie celle des timides. Mais je crois que cette explication n'est que partielle. Beaucoup de ces malades ne sont aucunement timides avec moi, à moins que l'on ne veuille étendre le mot de timidité à tous les troubles de la volonté ; il y a dans leur difficulté d'expression quelque chose de plus général et de plus important. Elle dépend d'une manière d'être de tout l'esprit, elle se rattache à une impuissance générale de rien faire avec précision, de rien terminer. Nous retrouverons cette impuissance avec toute son importance à la fin de cette étude ; mais comme ce caractère est capital, il était bon de le signaler dès le début, simplement dans la façon dont le malade se présente et expose sa situation.

On comprend que ce caractère ne facilite pas l'étude des maladies : dans ce cas, comme d'ailleurs presque toujours, il faut un temps énorme pour éclaircir un peu ces observations psychologiques, la dépense de temps est la difficulté principale de la psychologie expérimentale.

2. — *L'obsession et l'impulsion du sacrilège.*

Quelles que soient les difficultés qui empêchent de saisir complètement la pensée de ces malades, on finit par se rendre compte de quelques idées principales qui d'une manière plus ou moins vague constituent le fond des obsessions et des impulsions.

Dans un premier groupe, il s'agit évidemment d'obsessions religieuses, mais ce sont des idées religieuses toutes spéciales, ayant un aspect horrible, monstrueux en dehors de toute croyance raisonnable. Au lieu de se préoccuper des événements de la vie commune, de la mort d'un enfant, de l'absence d'une personne aimée, ces malades songent à des crimes religieux irréalisables et fantastiques et se croient poussés à les réaliser.

Quelques exemples feront facilement comprendre ce caractère, j'en choisis d'abord deux particulièrement typiques autour desquels il sera facile de grouper les idées du même genre présentées par les autres malades. On. (Obs. 221), un homme de 40 ans, après beaucoup de tergiversations, nous fait l'aveu de ce qui le tourmente jour et nuit. Il vient de perdre il y a deux ans son père et son oncle pour qui il avait la plus grande affection et la plus grande vénération : il les pleure, cela est naturel. Va-t-il être obsédé par l'image de leur figure comme une hystérique pleurant son père ? Non, il est obsédé par la pensée de l'âme de son oncle. Mais ce qui est effroyable, c'est qu'il se sent forcé d'associer, de juxtaposer ou de confondre (nous savons que ces malades s'expriment très mal) l'âme de son oncle avec un objet répugnant : des excréments humains. « Cette âme, je la mets au fond des cabinets, je la fais sortir du derrière de M. un tel, etc., etc. » Il fait une foule de variantes sur ce joli thème et il pousse des cris d'horreur, se frappe la poitrine. « Peut-on concevoir abomination pareille, penser que l'âme de mon oncle c'est de la m... » Le cas est intéressant par sa grossièreté, une idée de ce genre présente, à mon avis, un cachet tout spécial : elle avertit déjà le médecin qui ne le rencontrera guère en dehors du délire du scrupule.

Avant de préciser ce caractère voyons un autre exemple encore plus typique. Claire, cette jeune fille, dont la chasteté ne peut même pas être soupçonnée, finit après 18 mois d'examen et d'interrogations par m'avouer l'obsession suivante qui, au premier abord, me paraissait invraisemblable et dont j'ai dû plus tard constater la fréquence chez les scrupuleuses. Elle prétend que c'est plus qu'une idée, c'est quelque chose qu'elle voit et qui lui apparaît brusquement à gauche. Acceptons pour le moment cette expression de la malade : « Je vois », nous aurons à discuter plus tard s'il s'agit d'une véritable hallucination. Claire prétend voir subitement devant elle un homme tout nu ou avec plus de précision uniquement les parties sexuelles d'un homme, en train d'accomplir un acte, celui de souiller une hostie consacrée.

Voici des années que cette jeune fille a cette image devant les yeux des centaines de fois par jour. De temps en temps l'image subit quelques légères modifications : il y a plusieurs membres virils auteur de l'hostie, ou bien c'est une femme qui met l'hostie sur ses parties génitales, tantôt c'est un chien qui fait ses ordures sur une hostie, tantôt l'hostie est simplement mêlée avec de la

boue, des excréments. Pendant certaines périodes de grand troubles, c'était un prêtre qui venait appliquer l'hostie sur les parties génitales de la malade elle-même ou sur son anus. Toujours elle est poussée à collaborer à ces abominations, à faire les actes elle-même ou à les favoriser par son consentement. Aussi ces images provoquent-elles une angoisse horrible : elles bouleversent la malade ; lui donnent, dit-elle, à chaque fois, une espèce de crise de nerfs, lui enlèvent toutes ses idées, toute sa volonté.

De telles pensées paraissent au premier abord bien étranges et bien exceptionnelles. Mais si on observe ces malades on voit d'abord qu'elles sont chez eux très fréquentes. Il y a un siècle Esquirol décrivait déjà des hallucinations semblables à celles de Claire. Si nous examinons plusieurs autres malades nous allons retrouver souvent des idées très analogues à ces deux exemples. Ce sont toujours des pensées obsédantes et impulsives relatives à des attentats monstrueux contre des choses religieuses ou infiniment respectables.

Lise spécule depuis des années sur ce thème : le culte religieux du démon. L'idée obsédante n'est pas chez elle aussi brutale que chez les deux malades précédents, ce n'est pas une image simple apparaissant tout à coup, c'est une méditation longue et compliquée tournant autour de quelques idées principales que je résume en conservant le vague de l'expression qui caractérise cette malade. « Il y a un principe du mal comme un principe du bien... le mal est un Dieu comme le bien... le contraire de Dieu, vénérer le contraire de Dieu... quelle est la puissance du démon... prier le démon autant que Dieu... si on ne croit pas au démon ne pas croire à Dieu non plus... demander au démon des services et lui donner en échange ce qu'on aime le plus... lui demander tout ce dont on a envie... donner au démon l'âme de ses enfants... etc. » La dernière idée est l'obsession capitale de cette malade qui est constamment tourmentée par la pensée et le désir de vouer au démon l'âme de ses enfants.

Un autre malade, Za... (Obs. 216), homme de 32 ans, rêve à violer une vieille femme devant une église. Leb... (Obs. 217), femme de 35 ans, se sent poussée par Satan à se masturber toutes les fois qu'elle prépare une confession. Nous verrons plus tard ce qu'il faut penser du phénomène lui-même, excitation génitale au moment d'un effort pour accomplir un acte

religieux. Pour le moment remarquons seulement que la malade a à ce propos une obsession « je pense tout le temps que le diable me pousse à faire des malpropretés pour m'empêcher de faire mon salut... ». Pour Xy... (Obs. 218), femme de 55 ans, le diable intervient dans toutes ses actions, elle ne peut pas manger sa soupe ou changer de chemise sans penser qu'elle fait à ce moment un acte agréable au démon et sans croire qu'elle a à ce moment l'intention de lui être agréable. Lod... ne peut voir un crachat par terre sans penser que c'est une hostie, ne peut donner à boire à son chien sans croire qu'elle donne le vin et l'eau de l'Eucharistie, ne peut boire elle-même sans croire avaler le vin de la messe. Ger... se figure qu'elle veut « tuer le bon Dieu ».

Enfin, ce qui est banal chez tous, c'est l'idée du blasphème, « parler mal des choses divines, penser au démon en faisant des prières et insulter Dieu au lieu de le prier..., ne savoir exprimer que la haine de Dieu d'une façon mauvaise et grossière, se révolter contre Dieu et le maudire, dire des blasphèmes dès qu'on pense à la religion... cochon de Dieu, etc. » telles sont les paroles que répètent un grand nombre de ces malades. Ceux-là mêmes qui ont des obsessions d'une autre nature comme Vol... (96), femme de 21 ans, mêlent la divinité et la religion à leur maladie : « Je suis damnée, je lutte contre Dieu si je lutte contre mon cerveau malade, je me moque de Dieu si je consens à me soigner. » L'idée de sacrilège se mêle aux autres idées.

On voit par ces exemples faciles à multiplier que ces obsessions, si fréquentes chez les scrupuleux, ont un trait commun. Elles sont toutes constituées, semble-t-il, par deux pensées associées : l'une d'ordre élevé, le plus souvent religieuse et en tous les cas infiniment vénérable, aux yeux du sujet, Dieu, l'âme, les enfants, l'église, l'hostie et de l'autre une pensée basse, répugnante, ignoble, les excréments, les organes génitaux, les paroles grossières, ordurières. Cette association constitue une insulte pour la première pensée et l'on peut dire que toutes ces obsessions sont constituées par la pensée d'un sacrilège : de là le nom sous lequel j'ai déjà eu l'occasion de les désigner plusieurs fois, *les obsessions* et les impulsions *sacrilèges*. Le premier fait que nous ayons à relever chez nos scrupuleux c'est qu'ils sont tourmentés perpétuellement par la pensée du sacrilège.

3. — *L'obsession et l'impulsion du crime.*

Les obsessions singulières qui constituaient une sorte de manie de sacrilège n'existent pas seules chez ces malades. On peut même dire que le plus souvent elles ne se présentent que très tard, lorsque l'évolution de la malade est déjà bien avancée. Chez ces mêmes malades on rencontre d'autres idées un peu différentes soit qu'elles existent encore simultanément avec les obsessions sacrilèges, soit qu'elles aient dominé antérieurement et n'existent plus qu'à l'état de souvenirs ; chez d'autres sujets moins gravement atteints on ne rencontrera pas d'idées vraiment sacrilèges, mais uniquement ces obsessions moins graves.

Ces malades sont tourmentés pendant des années par des *préoccupations toujours du même genre relatives à la religion ou à la morale*. Il nous faudra rechercher plus tard quelles sont les raisons qui fixent ainsi l'esprit vers un même ordre de réflexions morales, pour le moment nous nous bornons à constater et à décrire. Ces personnes semblent s'intéresser vivement aux problèmes religieux et philosophiques, ce qui est permis à tout le monde, mais elles le font d'une façon absorbante, pénible et tout à fait excessive.

Lise s'interrogeait des journées et des nuits entières sur la question du salut, elle ne s'intéressait pas précisément à son propre salut, mais à celui de son père, plus tard au salut de son mari, de ses enfants. Elle spécule maintenant sur le problème du bien et du mal dans le monde, sur le problème de l'action mutuelle des âmes les unes sur les autres. Elle en arrive à se faire une sorte de philosophie ou de religion personnelle, mystique et enfantine, tandis qu'elle néglige complètement la religion officielle. Une autre malade, Ger..., examine naïvement comment il est possible que Dieu soit descendu sur la terre pour sauver les hommes et pour la sauver en particulier elle-même. Py... (133), une fillette de 15 ans, est bourrelée d'inquiétudes à propos de la fin du monde, cela l'amène à examiner les théories de la création, des miracles, de l'existence de Dieu. « Ce serait si terrible, répète-t-elle en pleurant à chaudes larmes, si Dieu n'existait pas. » On a déjà vu que Lod... mêle des idées religieuses à tous ses actes même les plus vulgaires, elle ne peut passer devant une boulangerie sans s'interroger sur le mys-

tère de l'Eucharistie et elle ne peut se déshabiller quand elle est seule parce qu'elle est gênée par la présence continue de Dieu. On pourrait multiplier ces exemples qui montrent suffisamment la direction religieuse et philosophique des rêveries de ces malades.

D'autres plus nombreux encore et dont l'étude est particulièrement intéressante s'occupent plutôt des problèmes de morale concernant la conduite humaine. On..., le brave homme qui voyait l'âme de son oncle dans les cabinets, avait été auparavant pendant des années tourmenté par les problèmes relatifs à l'honnêteté ; il s'interrogeait avec angoisse sur les preuves du droit de propriété, sur le devoir de résister, etc. Nb..., un littérateur intéressant, étudie malgré lui la nature de l'amour, de l'amitié, de la charité. We... (170), une jeune fille de 19 ans, a la prétention de résoudre le problème de la responsabilité et veut mesurer jusqu'à quel degré elle est responsable. Un homme de 32 ans, Za... (216), est entré à 20 ans au séminaire afin de pouvoir satisfaire son goût pour les questions théologiques, il s'absorbe dans ces études d'une façon si anormale que le supérieur le signale au médecin et que celui-ci exige son renvoi du séminaire et l'invite à changer d'études. A peine sorti des spéculations religieuses, il va comme poussé par un instinct choisir l'étude du droit et il recommence avec le même acharnement les discussions sur le bien, le mal, le crime, le délit, la punition, les droits, etc., si bien qu'on a dû lui interdire ces nouvelles études comme les précédentes. De pareilles études semblent bien permises et paraissent indiquer simplement un goût, une direction particulière et plutôt intéressante de l'esprit. Mais nous aurons à étudier la forme que prennent de telles pensées et à voir combien leur développement est anormal.

Pour le moment remarquons seulement que ces spéculations ne restent pas désintéressées chez ces malades, elles se mêlent toujours à des préoccupations personnelles relatives à des actions déterminées. Ce n'est pas d'une façon théorique qu'ils pensent à des actes religieux, à des actions bonnes ou mauvaises, ils se sentent poussés à les accomplir. Le mal semble ne pas être bien grand quand il s'agit d'actions bonnes ou indifférentes : Leb... (217), une femme de 35 ans, est sans cesse poussée à dire des prières, à aller à la messe, We... sent une impulsion qui l'entraîne à se faire religieuse, à entrer dans un couvent, Dor...

a une impulsion plus curieuse, elle se préoccupe non pas de ses actes à elle, mais de ceux des autres, elle est poussée à changer la conduite de son mari et en particulier à le faire confesser sans cesse pour la moindre des choses ; elle a une grande crise d'angoisse parce qu'il a fumé une cigarette avant de communier avec elle et qu'il ne veut pas aller se confesser tout de suite.

Malheureusement les impulsions sont rarement de ce genre. Dans la grande majorité des cas ce sont des impulsions à accomplir des actions mauvaises, criminelles. Les obsessions du crime se présentent ainsi sous la forme *d'une tendance, d'une impulsion à commettre ces crimes.*

Za... n'a pas seulement des obsessions sacrilèges qui le poussent, comme il dit, à « accomplir tous les péchés théologiques », il a des impulsions à des crimes plus terre à terre, par exemple à violer une femme sur un banc et à l'assassiner. Mb... (136), femme de 57 ans, est poursuivie par la tentation de frapper les gens avec un long couteau pointu « qui crève les yeux, qui entre bien ». Ger... est poussée à couper la tête de sa petite fille, et à la mettre dans l'eau bouillante. D'ailleurs on ne peut compter les scrupuleux qui ont des impulsions à frapper des gens et surtout à frapper leurs enfants à coups de couteaux. Dans une conférence que je faisais récemment à la Salpêtrière sur ces malades, j'avais pu réunir cinq mères de famille, répétant toutes en pleurant exactement la même chose : que quelque chose les poussait à frapper leurs petits enfants avec un couteau pointu. On ne peut énumérer tous ces malades, il suffit d'en citer quelques-uns, Lise, Vod... (203), Wks... (197), Brk... (24), Vi..., Ger..., etc., veulent aussi frapper leurs enfants. Qes... veut se jeter sur sa mère, l'étrangler et se suicider après.

Ces obsessions impulsives qui semblent pousser les malades à l'homicide sont parmi les plus fréquentes et les plus connues. Schopenhauer rapportait déjà un cas d'impulsion à l'homicide chez un malade qui avait conscience de l'absurdité d'une semblable idée et s'en désolait[1]. Maudsley en rapporte plusieurs exemples, Magnan, Saury en décrivent de nombreux exemples. Dans une observation de M. Magnan, le malade veut simplement mordre et manger la peau qu'il aura arrachée[2]. On peut donc

1. Schopenhauer, *Le libre arbitre*, trad., p. 177.
2. Magnan, *Arch. de neurologie*, 1892, 1, p. 321 (F. Alcan).

réunir dans un premier groupe toutes les obsessions-impulsions à des actes de violence quelconque.

L'impulsion au suicide vient par ordre de fréquence après l'impulsion au meurtre, nous la retrouverons chez beaucoup de nos malades, chez Nadia par exemple qui dans une rêverie romanesque arrive à se représenter qu'elle se noie dans la mer Baltique. Une femme de 30 ans, Kl... (211), a été pendant trois ans obsédée par l'image d'un homme pendu dont on lui a raconté la triste fin. Ce qui la tourmentait ce n'est pas réellement la mort de cet individu, c'était une réflexion personnelle : « Je pourrais bien en faire autant » et elle se sentait poussée à se pendre à ce point qu'il lui fallait prendre des précautions pour ne pas céder à ce désir. Elle fermait à clef son grenier et cachait la clef, car dans son idée c'était au grenier qu'elle irait exécuter ce suicide.

Les impulsions génitales sont souvent parmi les plus remarquables. Za... veut, comme nous l'avons dit, violer une vieille femme, V..., une jeune femme mariée, se sent poussée à se mettre à la fenêtre et à faire signe aux passants pour les inviter à monter chez elle. Une jeune fille de 22 ans, Vob... (194), ne veut plus rester dans l'appartement de ses parents, elle veut se réfugier « dans une prison, ou dans un couvent, dans un endroit quelconque où il n'y ait que des femmes », parce qu'elle est poussée à s'approcher de ses frères et à déboutonner leur culotte. « Elle ne pourra jamais résister jusqu'à son mariage, déjà ses bras font malgré elle de petits mouvements, elle sent ses mains qui défont les boutons. » Nous aurons à rechercher s'il s'agit là de véritables hallucinations kinesthésiques, notons seulement ici la forme d'image kinesthésique que prend l'obsession, analogue à la forme visuelle qu'elle prenait dans les idées sacrilèges de Claire.

Parmi ces obsessions avec impulsions génitales il faut noter celles de Rk..., homme de 40 ans qui depuis vingt ans se croit atteint d'inversion sexuelle et déplore le triste penchant qui le pousse vers des jeunes gens. Il n'a d'excitations sexuelles qu'en pensant à des hommes, il déclame sur la poésie romantique des amours masculines et en même temps il redoute le sort d'un littérateur connu condamné pour cette conduite illégale. Je ne discute pas ici la question des invertis sexuels, mais je suis convaincu que trop souvent on a fait des théories sur l'inversion sexuelle à propos de simples obsédés ayant une impulsion vers cette action comme ils auraient une impulsion à un crime quel-

conque. Dans le cas présent, cet homme a été amoureux d'une jeune fille à 17 ans ; par conséquent il n'a pas toujours été un inverti sexuel ; à la suite de beaucoup d'autres obsessions il est parvenu à l'idée de ce crime génital particulier qui constitue maintenant son obsession principale.

Ce sont surtout les impulsions à la masturbation qui jouent un grand rôle dans les tourments de ces malades. Deb... (165), femme de 44 ans, froide avec son mari, ne pense qu'à recommencer d'anciennes masturbations, il en est de même pour Loa... (138), pour Leb..., etc. Cette pensée forme un des phénomènes principaux de la maladie si complexe de ce pauvre Jean : à tout instant et à tout propos, il croit avoir des tentations de masturbation. Par exemple s'il rencontre une femme dans l'omnibus, s'il est forcé par les circonstances de toucher la main d'une femme et même tout simplement s'il éprouve une émotion quelconque même légère, il sent plus qu'il n'entend une voix lui disant : « Va donc, crispe-toi les organes, masturbe-toi donc, meurs en te donnant des jouissances. » Et il sent que ses nerfs s'agitent moitié involontairement, moitié volontairement. « Il y a en moi une complaisance, un laisser aller pour tous ces désirs sexuels. »

Ajoutons les impulsions à d'autres actions malhonnêtes, par exemple, l'impulsion à voler et à mentir chez Lod... Cette impulsion à voler se retrouve très souvent : elle joue un rôle dans une impulsion plus complexe et particulièrement intéressante, celle des fugues chez Go... Ce garçon de 15 ans ne pouvait parvenir à rester immobile dans une école, dès qu'il essayait de s'appliquer à son travail, il sentait des agitations folles qui le poussèrent dès son enfance à faire très souvent l'école buissonnière. Maintenant il a un désir fou de partir n'importe où, de voyager loin de l'école, loin de son apprentissage. Cette idée lui enlève tout bon sens et il faut qu'il y cède : il prend chez ses parents une fois 68 francs, une autre fois 304 francs et il s'en va. Son argent ne lui sert qu'à payer le chemin de fer de la façon la plus économique, et à lui assurer une bien maigre ration. Il vit avec 10 sous par jour, et se nourrit à peine. Il ne prend aucun plaisir à son voyage, il voyage pour voyager, pour s'éloigner loin du travail. Il est tout le temps mécontent d'être parti et écrit des lettres à des amis et à des parents pour demander des conseils, il essaye de rentrer en prenant un billet pour Paris, mais il est

forcé de descendre à une station avant d'arriver et de repartir en sens inverse. Il rentre quand il n'a plus aucune ressource, il arrive la tête basse, s'excusant de ses sottises et jurant qu'il ne recommencera plus. Il a en effet un souvenir complet de toute l'expédition et de la lutte qu'il a soutenue contre l'obsession. C'est un cas qu'il ne faut pas confondre avec les fugues hystériques, mais qui rentre dans les *dromomanies* que décrivait M. Régis. Il se rattache à ces obsessions impulsives qui poussent le malade à toutes sortes d'actes criminels.

Il faut faire une place à part aux impulsions qui poussent les sujets *à boire de l'alcool* ou *à absorber des poisons*. Dans certains cas l'impulsion à boire rentre dans les cas précédents : la malade si singulière que j'ai décrite dans un ouvrage précédent était poussée à boire du café au lait et à manger des petits pains volés. Elle finissait par prendre vingt ou trente tasses de café au lait dans la journée et prenait des précautions pour pouvoir en faire pendant la nuit[1]. Ici le breuvage absorbé n'a pas d'importance par lui-même, c'est une impulsion à boire un breuvage défendu par le médecin et considéré comme dangereux pour son estomac.

Le plus souvent il s'agit de boire du vin, de l'alcool, des excitants sous une forme quelconque. L'obsession impulsive prend alors le nom de *dipsomanie*. Fm... (192), par exemple, qui a déjà des symptômes de névrite alcoolique, se fait à lui-même toutes sortes de menaces : « Si tu bois encore, ton patron va te renvoyer, tu seras paralysé des jambes, tu souffriras atrocement, tu commets en buvant un véritable suicide, etc. » Et cependant il ne peut résister à l'impulsion. La dipsomanie dans un cas de ce genre se rapproche des obsessions et des impulsions criminelles ; mais le plus souvent il n'en est pas ainsi et elle se rattache au groupe des obsessions hypocondriaques que nous verrons plus tard.

Toutes ces impulsions à des crimes peuvent se rencontrer chez un même sujet qui songera à la fois à l'homicide, au suicide, au vol ou qui réunira d'une manière vague tous les crimes. « C'est comme si, répète Claire, je voulais me laisser aller, céder à tous mes caprices, renoncer à toute moralité. »

L'impulsion pourra prendre une autre forme également bien connue : elle sera négative. Les malades seront poussés à résister,

1. Raymond et P. Janet, *Névroses et idées fixes*, 1898, II, p. 194 (F. Alcan).

à ne pas faire une action que la religion ou la morale commandent. Chez Claire, ce refus constitue un véritable délire à propos des actes religieux ; refuser de faire ses Pâques, refuser de faire la prière, la considérer comme impossible, refuser d'aller à la messe, refuser de manger, c'est là perpétuellement ce que son impulsion lui inspire. En réalité, il lui suffit de penser qu'une action est bonne pour qu'elle ait une impulsion violente à ne pas la faire. C'est parce qu'elle croit de son devoir de me parler, de me confier ses tourments, qu'elle est si incapable de le faire : une action qu'elle jugera indifférente s'effectuera beaucoup plus facilement. Ce type se rencontre chez bien des malades, chez Elg... (16), chez Tr... (118), qui se sentent poussées à ne pas faire leur travail, mais il est moins fréquent que le précédent.

A côté de ces diverses impulsions, il faut placer une manifestation plus fréquente encore et plus importante de l'obsession criminelle, ce sont *les remords*. On pourrait dire qu'il s'agit là d'obsessions criminelles incomplètes dans lesquelles l'impulsion à commettre réellement le crime est diminuée et dans lesquelles subsiste seulement l'idée du crime réduite, atténuée sous forme de souvenir. Le malade ne se sent pas actuellement poussé à accomplir une action criminelle, mais il pense qu'il l'a accomplie autrefois et il est bourrelé de remords.

On peut mettre, bien entendu au premier rang, les remords précis, portant sur tel ou tel acte déterminé et parmi ceux-ci signaler tout d'abord les remords de fautes religieuses, les désespoirs causés par les confessions insuffisantes ou par les communions prétendues sacrilèges. Il est inutile de citer des noms, car tous les scrupuleux ont eu ce symptôme, presque toujours au début de leur maladie. Chez quelques-uns, ces remords constituent un véritable accès de délire, tous ceux qui s'occupent de maladies mentales ont connu ces femmes affolées pendant des mois, parce qu'elles croient avoir fait entrer un morceau d'hostie dans une dent creuse. Le fait est si banal, qu'il a été bien connu et bien décrit par les romanciers : on peut relire à ce propos la jolie description de la sœur aux scrupules dans le Musée de béguines de Georges Rodenbach[1]. Le médecin aurait peut-être à relever dans cette peinture quelques inexactitudes à propos de l'état de dé-

1. Georges Rodenbach, *Musée de béguines*, 1894.

mence de Sœur Marie des Anges, mais les premières périodes de la maladie sont remarquablement décrites, l'attitude de la sœur au confessionnal et ses angoisses après l'absolution semblent avoir été copiées sur nos malades. Ce genre de pénitentes est sans doute bien connu par les prêtres qui, si j'en juge par mes malades, doivent être assourdis par les doléances relatives aux anciennes communions.

Nous constatons ensuite des remords pour tous les crimes qui tout à l'heure, se présentaient comme des impulsions. Il est à remarquer, en effet, que les malades qui se disent poussés à accomplir un meurtre sont souvent les mêmes qui, quelques jours après, vont avoir des remords comme s'ils avaient réellement commis cet acte. Ainsi, du vivant de sa belle-mère, Ger... était poussée à la tuer; quand cette femme fut morte, elle s'accusa d'avoir causé sa mort. Vi... s'accuse d'avoir accompli toutes les actions auxquelles, comme nous l'avons vu, elle se sentait poussée. Elle a causé la mort des gens, elle a étranglé, elle a blessé des passants, envoyé des lettres compromettantes, versé du poison, trompé son mari, etc.

D'autres, sans avoir eu d'impulsions précises, ont perpétuellement et uniquement des remords. Rob... (119), qui tient une caisse dans une maison de commerce, est poursuivie par l'idée qu'elle a mal rendu la monnaie, qu'elle a volé. We... (170) se reproche tous les chagrins, tous les malheurs qu'elle voit arriver autour d'elle, parce qu'elle s'accuse de les avoir autrefois prévus et souhaités. New... (212), homme de 30 ans, invente tout un véritable délire rétrospectif, il se reproche sa conduite indécente à l'école et il invente que tous ses maîtres ont abusé de lui, cela devient un roman assez compliqué. Kl... est poussée à penser que son enfant n'est pas le fils de son mari, ce problème dissimule une véritable obsession de remords, c'est une manière de se demander si elle a trompé son mari. Dk... (215) a l'idée qu'il y a quinze jours, il a pu tuer quelqu'un ; il va dans la rue frôler les sergents de ville et se trouve sur le point de les prier de l'arrêter. Xya... (25) n'a pas assez bien soigné ses enfants et les a fait mourir. Lise, si on la croit, a fait tous les crimes possibles : communions sacrilèges, meurtres, infanticides innombrables (elle s'accuse d'infanticide toutes les fois qu'elle a des rapports avec son mari non suivis de conception) actes contre nature, etc. Rk... à 30 ans se souvient qu'à l'âge de 3 ans il venait le matin dans

le lit de son père avec sa petite sœur âgée de 4 ans, il croit qu'à ce moment il a abusé de sa petite sœur et il est effrayé à la pensée de cet inceste.

Za... a des remords de ce genre assez curieux parce qu'ils s'accompagnent d'images innombrables analogues à de véritables tableaux. Il a la manie de s'accuser de tous les meurtres dont il entend parler. Ainsi, on lui apprend, à la campagne, qu'un vieillard de 84 ans a été trouvé mort sur une route. Immédiatement, il se dit que c'est lui qui l'a tué pour lui prendre son argent. En passant près d'une maison, il a entendu ou cru entendre le bruit d'un revolver et il apprend ensuite qu'un homme s'est tué dans cette maison. Aussitôt il en conclut que c'est lui qui a tiré le coup de revolver et tué cet individu. L'obsession de ce remords a duré deux ans. « J'éprouve, dit-il, en parlant de ces remords, toutes les émotions du voleur, de l'assassin, toutes les tortures du remords pour ces crimes imaginaires. Je vois les suites du crimes, je vois deux agents venir me saisir au milieu des miens, je vois la prison, le cabinet du juge d'instruction, la cour d'assises ; je me vois au banc des accusés, dévisagé par mes collègues qui chuchotent entre eux : on ne s'en serait jamais douté. Je subis les angoisses de l'incertitude qui précèdent les verdicts du jury et je travaille à reproduire en moi-même les impressions du condamné à mort qu'on ligotte pour le conduire au lieu de l'exécution[1]. »

Une seconde forme de l'obsession du remords, plus grave que la précédente et qui peut correspondre à une forme très avancée de la maladie, c'est *le remords général* portant sur tous les actes de la vie presque sans exception. Claire serait une malade de ce genre, elle ne peut « réfléchir à aucune de ses actions, quelle qu'elle soit sans en être accablée de remords ». Nous étudierons ce cas à propos des obsessions de honte.

Dans certains cas, en effet, le remords portant même sur un acte déterminé s'associe avec une honte de toutes les actions. Xyb... (209) pour une raison quelconque a renvoyé sa blanchisseuse, puis s'est décidée à la reprendre. Elle croit avoir été injuste en la renvoyant, puis avoir manqué de décision en la reprenant. Il résulte de ce remords qu'elle trouve mauvaise toute sa conduite, il ne lui

1. Une observation intéressante que l'on peut comparer à celle-ci a été publiée par M. Bramwell dans le *Brain*, 1895, 344 : « Il invente des histoires absurdes à propos d'un empoisonnement qu'il prépare, il se représente la tragédie, l'enfant buvant le chocolat et mourant dans une horrible agonie, etc... »

est plus possible de rien faire correctement tant qu'elle n'a pas réparé sa conduite vis-à-vis de sa blanchisseuse. Elle prend des précautions pour être toujours liée à celle-ci, par exemple, elle veut toujours lui devoir une petite somme d'argent afin de ne plus pouvoir la quitter, mais jamais elle ne peut effacer le remords de son action irréparable.

Une obsession curieuse me paraît devoir être rattachée à ce groupe, ce sont les « *remords de vocation* », le malade se reproche d'avoir « manqué sa vocation ». J'ai déjà étudié l'observation intéressante de cette femme obsédée par le regret de « n'être pas institutrice », de « n'avoir pas au moins épousé un instituteur » [1]. On observe bien plus fréquemment des femmes qui se reprochent de n'être pas entrées dans un couvent, de n'être pas religieuses. C'est le cas typique de Gisèle femme de 30 ans (171), qui trouve que toute sa vie est manquée, mauvaise, que tous ses actes sont altérés parce qu'elle n'est pas religieuse. Se reprocher une faute dans le choix d'une vocation, c'est une manière de se reprocher en général toutes les actions de sa vie.

Toutes ces obsessions à propos d'idées morales, à propos d'impulsion au crime et surtout à propos de remords ont certainement, malgré leurs différences, des traits communs. C'est ce qui m'a permis de les ranger sous ce titre commun : les obsessions criminelles.

4. — *L'obsession et l'impulsion de la honte de soi.*

Un autre genre d'obsession voisin des précédents, bien entendu, mais un peu plus simple peut-être se retrouve chez les scrupuleux, soit isolés dans des cas relativement bénins, soit en coexistence avec les obsessions du sacrilège et du crime dans les cas plus graves. Il m'est difficile de résumer par un mot le caractère général qui se retrouve dans les idées de ce groupe. Il s'agit non seulement de remords proprement dits, mais de mépris, de *mécontentement* portant non seulement sur les actes, mais sur les facultés morales, sur la personne du sujet et plus souvent encore sur son corps. Le malade a constamment l'idée de ce qu'il fait, que ce qu'il est, que ce qui lui appartient est mauvais. Le carac-

1. *Névroses et idées fixes*, II, p. 148.

tère qui me semble le plus général, c'est le sentiment de honte quoique dans certains cas la honte soit légère et qu'il s'agisse surtout de mécontentement. C'est pourquoi nous réunissons ces faits sous le non générique : d'*obsession de honte*.

Quoique les diverses formes de cette honte se mélangent assez intimement, il me semble bon d'en distinguer deux groupes principaux qui ont un aspect clinique assez différent. Dans le premier groupe, la honte ou le mécontentement reste à peu près complètement dans le domaine moral et les obsessions se rapprochent plus ou moins des deux classes précédentes, celles du sacrilège et du crime. Ce que le sujet méprise en lui-même, c'est son esprit, sa volonté, son intelligence. Dans le deuxième groupe, la honte porte plutôt sur le côté physique de l'individu et le sujet est mécontent de son corps ou de ses fonctions corporelles. Ces nouvelles obsessions nous rapprocheront davantage des idées hypocondriaques.

Occupons-nous d'abord du premier groupe : *la honte morale*. Dans les cas les plus graves, chez les malades qui nous ont présenté les idées sacrilèges et les grands scrupules, ce mécontentement n'est pas localisé à une action, il est absolument général, et porte sur toute la personne. Le type de ce genre de délire généralisé est certainement Claire. Son mécontentement au début, comme il arrive souvent, portait sur des actes religieux, c'est-à-dire sur ceux qu'elle voulait le mieux faire : on verra de plus en plus l'importance du contraste chez les scrupuleux. Elle a encore le sentiment que les confessions, les communions ont été mal faites. Puis ce furent les prières qu'elle trouva très insuffisantes. Elle cherchait des moyens pour y remédier : c'étaient des prières interminables, des confessions par écrit préparées pendant 15 jours, puis des grimaces, des contorsions pour arriver à bien prier ; mais bientôt ces systèmes furent impuissants et ces actes religieux devinrent impossibles. Elle en est encore désespérée, elle répète que le pouvoir de prier serait chez elle le signe de la guérison complète. Elle pleure dès qu'on parle de religion devant elle mais elle a préféré renoncer à toute pratique religieuse, tellement elle est convaincue qu'elle les fait mal, d'une manière indigne. Elle se laisse conduire à la messe, de temps en temps, mais ne suit rien, ne veut faire aucune prière. Il lui faudrait de tels efforts pour en faire une bien qu'elle préférerait mourir. Puis le mécontentement s'est étendu à d'autres actes, à toute chose qui lui paraît avoir un

caractère moral quelconque, à tout ce qui pourrait être bien. Des actions indifférentes au point de vue moral, ou qu'elle croit telles, se font facilement, elle n'a pas de système pour manger ou pour respirer et encore ne faudrait-il pas attirer son attention là-dessus, ni lui faire une recommandation médicale sur la nourriture, car aussitôt le désir de bien faire en mangeant rendrait l'alimentation impossible. Pour tout le reste elle est convaincue qu'elle agit très mal, qu'elle aime mal ses parents, soigne mal sa mère, travaille mal, etc.

Elle exprime comme toujours ces remords d'une manière très vague. « C'est comme si javais commis tous les crimes... j'ai des remords comme si j'avais tué n'importe qui... tout le monde a des reproches à me faire, on ne m'en fera jamais autant que je m'en fais à moi-même, autant que j'en mérite... j'ai écouté le mal, j'ai cherché tout ce qui me paraissait mal... je n'ai pas lutté contre le mal... des rêves insensés, des pensées mauvaises contre la morale, contre Dieu, deux cents fois par jour... je suis dans chaque action aussi coupable que les plus grands criminels. »

Si elle arrive à convenir, car elle n'a pas perdu tout bon sens, que l'acte accompli est en lui-même un acte bon, qu'elle a veillé sa mère malade et que l'on ne peut pas considérer cet acte accompli comme répréhensible, elle entre dans des subtilités philosophiques et distingue l'acte en lui-même et l'intention volontaire de celui qui l'accomplit. La volonté a toujours été mauvaise dans cette action, ou plutôt il n'y a eu aucune bonne volonté, car, s'il avait fallu la faire avec bonne volonté, l'action n'aurait jamais pu être accomplie et elle reste tout aussi mécontente d'elle-même, quoiqu'on lui ait démontré que l'action était bonne.

Depuis qu'elle vient me voir il y a surtout une action sur laquelle s'est localisé ce sentiment d'imperfection. C'est l'action de me raconter sa maladie, de me mettre au courant de son histoire. Elle désire le faire, mais ne se figure jamais que c'est bien fait. Ce sont des désespoirs parce qu'elle ne m'a rien dit et, pour bien dire, il lui faudrait recommencer en ordre depuis le commencement; pour me raconter ce qu'elle a éprouvé hier il lui faudrait raconter ce qui s'est passé depuis dix ans. Elle l'a déjà fait cent fois mais cela ne compte pas, car cela était mal fait; il faudrait le faire mieux et elle ne peut pas y parvenir.

Non seulement elle se croit coupable de tout faire avec imperfection, mais elle tient à ce sentiment de culpabilité, car c'est ce

sentiment qui l'excitera à faire mieux, qui la poussera à faire des efforts. Si on le lui enlevait elle tomberait encore plus bas. En effet la pauvre fille a le sentiment que l'imperfection va croissant. Elle use toujours d'une image pour exprimer sa maladie : c'est une chute dans un précipice dont elle a longtemps côtoyé le bord et dans lequel elle a fini par tomber. Elle ne me donne pas des nouvelles de sa santé, elle vient simplement m'annoncer qu'elle est descendue plus ou moins vite, car elle descend toujours et elle mourra plutôt que de remonter. Tout au plus lorsqu'elle va bien consent-elle à m'avouer que ces mois-ci elle est descendue un peu moins vite. L'ascension qu'il faudrait faire pour remonter lui parait quelque chose d'horrible : c'est une montagne, une pyramide à escalader et ce n'est que par des procédés très difficiles que nous arrivons à remonter un peu de temps en temps.

Il ne s'agit pas chez elle uniquement de remords, car elle est tout aussi mécontente des choses dont elle ne peut se croire responsable. Il est inutile d'insister sur chaque fonction mentale : toutes les questions que l'on posera à Claire auront la même réponse, qu'on lui parle de sa mémoire ou de son raisonnement, de son imagination ou même de l'acuité de sa vue ce sera toujours la même chose. Elle n'est pas bonne, elle n'est pas polie, elle n'a plus d'affection, elle n'est plus intelligente, plus active, plus capable de sentir, elle n'est plus bonne à rien. Si on insiste trop pour lui faire voir l'exagération, elle répond toujours par cet argument : « Vous ne m'avez pas connue autrefois, j'étais cent fois meilleure, plus douce, plus patiente, plus intelligente, etc. Je n'ai pas seulement perdu la volonté et la conscience, mais, j'ai perdu tout ce qui faisait mon intelligence. » Poussées à ce degré ces obsessions rappellent tout à fait le délire des mélancoliques et c'est en effet, au moins par son contenu, un délire mélancolique. Seulement nous verrons quand nous étudierons la forme que prennent ces obsessions, ce qui sépare le scrupuleux du mélancolique. On peut le faire prévoir ici d'un mot. C'est que le mélancolique est profondément convaincu de sa déchéance, tandis que Claire est très loin de croire complètement tout ce qu'elle dit ou pense à ce sujet.

Les autres malades présentent à un degré ordinairement moins grave la même obsession. Voici le langage de Leg... : « Je me figure que ce que je fais est mal, je ne sais pas toujours en quoi cela offense la religion ou la morale, mais il me semble que je

n'aurais pas dû le faire. Tenez, je vous ai regardé en parlant, et je sens que je n'aurais pas dû vous regarder. » Ly... parle de même. Dev... est curieux sur ce point parce que son appréciation, ce qui est rare, est artistique plutôt que morale. C'est un musicien habile et constamment il a l'idée « qu'il joue mal, qu'il est immoral de jouer aussi mal. »

Un joli cas de mécontentement systématique est celui de Re... (140), jeune fille sentimentale qui, étant fiancée, sent qu'elle n'aime pas bien son fiancé et se tourmente à la recherche « de l'aimer bien ». Elle en arrive à force de perfectionnements à le détester et depuis il en est ainsi de toutes ses affections qui ne lui paraissent jamais suffisamment parfaites et qui lui semblent si mauvaises que c'est comme de la haine.

A cette obsession de mécontentement, de honte de soi-même, se rattachent un certain nombre d'autres idées obsédantes et d'impulsions en apparence assez différentes mais qui ont le même caractère psychologique.

1. Certains *délires de doute* sont en rapport avec une obsession de mécontentement qui porte surtout *sur les facultés intellectuelles* et la maladie prend alors un aspect un peu particulier qui pourrait égarer l'observateur. Voici par exemple une femme de 57 ans, Mb... (136) qui présente au premier abord un singulier délire. Elle est poussée malgré elle à étudier sur toutes ses faces un problème de psychologie : « quelles sont les relations entre le sens du toucher et les autres sens ? Dans quelle mesure peut-on dire que la vue et l'ouïe sont des touchers lointains ? » Quoiqu'en réalité elle soit très ignorante sur ces questions, elle discute le problème avec acharnement, et veut établir qu'il y a action directe du monde extérieur dans le sens du toucher et action indirecte dans les autres sens. Cette discussion n'est qu'une forme ultime d'une obsession précédente qui s'est développée depuis des années, peut-être depuis l'enfance de la malade. Elle éprouve un mécontentement de ses sens « si imparfaits, si grossiers ». Elle cherche le moins mauvais de tous, et arrive à accorder quelque confiance au toucher immédiat et direct, de là la recherche de ce caractère d'être immédiat dans les autres sens.

Pour bien constater que ce délire du doute n'est pas ici une maladie distincte, rappelons seulement que cette même malade Mb... est aussi honteuse de sa volonté, de sa conduite et qu'elle se sent

capable de donner des coups avec un couteau pointu « qui entre bien ». Le délire du doute et même la forme psychologique singulière qu'il prend dans ce cas me semble n'être qu'un épisode dans l'obsession de honte et de mécontement tout à fait caractéristique de ces malades.

On peut rapprocher de ce cas l'obsession curieuse de Rk... « qui est forcé de penser constamment à l'idéalisme, à l'irréalité des choses..., je suis honteux d'en être arrivé à croire que mon père n'existe pas ». On verra fréquemment cette notion de l'irréalité des choses à propos des sentiments qui tourmentent ces malades; dans les cas précédents ce sentiment a donné naissance à une véritable idée obsédante.

Cette critique des fonctions intellectuelles qui constitue tout un délire spécial chez Mb... se retrouve plus ou moins atténuée chez les autres malades ; Claire va répéter : « Tout s'éteint en moi, j'ai perdu le sentiment du réel, tout se voile. » Beaucoup de malades accusent plus encore leur intelligence. Dob... (86) se sent envahie par l'idée « qu'elle est bête, qu'elle ne peut rien comprendre, qu'elle va devenir folle et qu'elle va délirer en pleine rue ». Cette obsession détermine, comme on le verra, une terreur que l'on peut jusqu'à un certain point rapprocher de l'agoraphobie. Jean, également, est disposé à rabaisser son intelligence ; si l'on prenait au sérieux ses paroles, on le croirait tout à fait idiot. Il répète sans cesse qu'il ne peut ni lire ni écrire, qu'il ne peut rien comprendre aux phénomènes naturels qui l'environnent. « Je suis étranger à tout. Tout ce qui est naturel est entaché par moi de mystère d'inaccessibilité. » Il n'accepte pas qu'on lui demande le plus petit renseignement, sur ses propriétés, sur sa fortune, sur la valeur de l'argent, sur rien de pratique, car il répète toujours que son esprit n'y peut rien comprendre, qu'il est étranger à la vie. Sans aller jusqu'à ce point Lise est toujours disposée à se trouver bête. Elle sent en elle-même comme quelque chose qui la critique et elle ne peut accepter aucun compliment, parce qu'elle les croit toujours faux.

Il est bien clair que ces obsessions des malades nous posent un très curieux problème de psychologie. Jusqu'à quel point ont-ils raison ou ont-ils tort ? Sont-ils tout à fait délirants quand ils prétendent qu'ils sont devenus bêtes ? Nous aurons à discuter longuement la question quand nous parlerons de l'état psychologique sur lequel germent ces obsessions. Pour le moment, constatons que cette obsession est énormément exagérée, ne fût-ce

que par sa répétition. Si l'on est réellement devenu bête et sans volonté, ce n'est pas une raison suffisante pour se le reprocher toute la journée, et ceux qui sont réellement bêtes ne se le reprochent pas ainsi. Il y a donc là un sentiment tout particulier de honte de soi-même qui est bien du même genre que les obsessions précédentes du sacrilège et du crime. Ces malades qui se sentent constamment poussés au crime croient en même temps qu'ils en sont capables.

2° *Les obsessions relatives à la folie :* un très grand nombre de ces malades, par exemple un homme de 46 ans, Mrc... (178), une femme de 28 ans, Byp... (180), etc., sont épouvantés à la pensée qu'ils sont fous, qu'ils ont eu ou qu'ils vont avoir des crises de folie et ils recherchent en eux tous les signes de ce qu'ils appellent la folie. « Je vois les maisons et les gens à l'envers, je dis des sottises, je vais me cogner la tête contre les murs, regardez donc mes yeux, vous verrez comme ils sont égarés. » Suivant leur caractère et l'évolution morale de leurs maladies, ils insistent dans leur obsession sur tel ou tel caractère de la folie. Zb... (175) répète qu'il voit que tout est drôle dans l'univers et que par conséquent il est fou. Cas... (177) a peur d'être isolée : « il me semble que je suis seule au monde, je ne puis plus me diriger, j'ai besoin d'être enfermée comme les fous. » Léo... (173) répète que la folie lui fera « tuer sa petite fille, et suivre le premier monsieur venu dans la rue ». On voit que l'obsession de la folie s'accompagne de l'impulsion à « faire comme les fous, à faire des actes de folie ».

Les uns prétendent, comme Léo..., que cette obsession a été déterminée par la vue d'une femme folle, mais beaucoup et en particulier Dob. chez qui cette obsession détermine des grandes crises d'angoisse ne peuvent invoquer cette explication. L'idée de folie me semble se rattacher chez eux à cette honte, à cette défiance qu'ils ont de leurs propres forces.

3° Il faut à mon avis placer ici des obsessions qui semblent souvent très embarrassantes, les *obsessions de dépersonnalisation*. Depuis quelques années, divers auteurs, MM. Dugas, Bernard-Leroy, insistent sur le phénomène signalé autrefois par Krishaber puis par Taine, le sentiment et l'idée d'avoir perdu sa personnalité. J'ai eu l'occasion de décrire déjà deux cas remarquables de ces phénomènes à propos de Ver... et de Bei... Il me semble qu'il

faut distinguer deux formes de la dépersonnalisation : l'une consiste en un sentiment se produisant dans des conditions déterminées et que nous aurons à étudier plus tard à propos de tous les sentiments d'insuffisance psychologique qui jouent un rôle considérable dans la pathogénie des obsessions. Mais l'autre forme est une véritable idée obsédante développée vraisemblablement à l'occasion du sentiment précédent. Le sujet a sans cesse l'idée qu'il n'est plus lui-même, que ce n'est plus lui qui marche, qui mange, qui parle, il le répète même quand l'impression initiale de dépersonnalisation a disparu. Il a, à ce propos, une véritable obsession : il faudra tenir compte de cette distinction dans l'étude de ces malades.

Il en est de même pour un trouble de la mémoire, voisin de celui-ci, qui a aussi beaucoup attiré l'attention.

Le phénomène du « déjà-vu » est avant tout un certain sentiment intellectuel qui rentre dans le même groupe que le sentiment de dépersonnalisation. Dans certains cas exceptionnels, le malade peut concevoir une sorte de délire à propos de ce sentiment et être obsédé par la pensée que tout ce qu'il voit est la répétition du passé. Il en est ainsi évidemment dans la remarquable observation de M. Arnaud[1]. Le malade, à tout moment, dans quelque état qu'il soit, ne peut fixer son attention sur aucun événement sans avoir l'idée que cet événement s'est déjà passé exactement le même, dans les mêmes circonstances, il y a un an. M. Arnaud remarque très bien qu'il y a là une idée surajoutée à un sentiment, idée qui est devenue générale et constante, tandis que le sentiment ne se présente probablement que d'une manière rare et passagère.

4° Des obsessions plus curieuses et plus rares sont *des obsessions d'envie*. Fa... (169), femme de 34 ans, en présente un exemple remarquable. Cette femme, dont les antécédents héréditaires sont très chargés et qui a déjà bien eu des troubles, a été très tourmentée par une maladie grave de son mari. L'obsession qui s'est développée depuis deux ans est une pensée d'envie à propos de tout ce qu'elle voit. Elle ne peut pas rencontrer une personne quelconque sans lui envier immédiatement quelque chose : « celle-ci est

1. F.-L. Arnauld, Un cas d'illusion du déjà-vu ou de fausse mémoire. *Ann. méd. psych.*, mai-juin 1896.

bien habillée, celui-là a une bonne mine, cet autre marche bien, cette femme a un enfant, celle-ci un mari, voilà un homme qui sait parler, en voici un qui est vigoureux, voici une dame qui est charitable, cet individu qui entre dans un magasin est honnête. » Cette pensée donne lieu chaque fois dans son esprit à un long développement, et elle souffre d'une jalousie féroce. Détail curieux, il lui arrive d'être envieuse même des malheurs d'autrui, « ils ont bien de la chance de pleurer leur père, en voici qui ont du bonheur d'être ainsi secoués par un grand malheur ». Quoique l'expression de l'obsession soit ici bizarre, c'est toujours la même idée de sa propre insuffisance qui joue le principal rôle. Quand Fa... envie l'intelligence, la force, l'activité des passants, c'est comme si elle répétait qu'elle est elle-même sans intelligence, sans force, sans activité, sans honnêteté. On le lui fait dire assez facilement : « Pourquoi enviez-vous ces gens qui ont eu un malheur et qui pleurent? — Parce qu'il me semble qu'il serait bon de pouvoir pleurer et que je me sens incapable d'en faire autant. »

5° Certains sujets sont obsédés par l'idée de certaines qualités : *l'idée de la pudeur, l'idée de l'indépendance.* Voz. (122) répète que la liberté est le seul, l'unique bonheur auquel on doit aspirer toute sa vie. Il est toujours tourmenté par l'idée qu'il n'est pas libre, qu'il est en captivité, qu'il faut arriver à la délivrance. Cette idée prend même dans son esprit une forme symbolique bien curieuse sur laquelle je reviendrai. Mais il est évident que cette obsession dépend de la même idée de honte. Il est honteux d'avoir perdu son indépendance et il est obsédé par la pensée d'une liberté idéale et il se sent poussé à commettre une foule d'absurdités pour atteindre cette liberté parfaite et pour se prouver qu'il la possède.

6° Il me semble juste de rattacher aux obsessions de la honte de soi ou du moins de placer à côté de celles-ci un groupe des plus intéressants, celui des *obsessions et des impulsions amoureuses.* J'ai déjà décrit parmi les obsessions du crime, les idées obsédantes dans lesquelles dominent l'impulsion ou le remords génital. Dans ces idées la pensée que l'action est mauvaise, contraire à la morale, joue un rôle plus important que l'amour proprement dit, et il était juste de les rapprocher des obsessions du suicide, du vol,

etc. Mais il y a des obsessions où le phénomène génital, si même il existe, ne joue qu'un rôle accessoire, tandis que l'amour moral, le besoin de vivre auprès d'une personne déterminée, de penser constamment à elle, de lui subordonner toutes les actions de la vie devient l'essentiel de l'obsession. Dans certains cas, cette obsession amoureuse n'est visiblement qu'une expression légèrement modifiée de l'obsession de la honte de soi, ainsi qu'on vient de le voir pour l'obsession de jalousie.

Le cas suivant est, à ce propos, tout à fait typique : Byl... (181), jeune fille de 21 ans, avait un caractère déjà anormal depuis l'âge de 10 ans. Extrêmement entêtée, timide et sauvage, elle refusait depuis longtemps de sortir, de voir du monde. A l'âge de 17 ans, elle se décide à donner de sa sauvagerie cette explication bizarre : « je ne suis pas une jeune fille comme les autres, je suis laide, j'ai une figure de chat, vous ne voyez donc pas comme cela est honteux de faire sortir une jeune fille comme moi. Je suis un monstre, tout le monde se retourne quand je passe, c'est pour moi un supplice de me laisser voir ainsi. »

Depuis trois ans, elle conserve toujours à peu près la même idée : « Je suis un pauvre être à part, pas intelligente, laide, incapable de tenir mon rang. » Dans ces conditions, elle a pensé quelque temps au couvent, puis ne s'est pas senti une vocation suffisante, et la voici qui conçoit l'idée d'un mariage extravagant. Elle déclare à ses parents stupéfaits qu'étant majeure et libre d'elle-même, elle veut épouser le garçon jardinier de la maison, qu'elle a pénétré la nuit dans sa chambre, qu'ils sont fiancés et que le mariage doit avoir lieu le plus tôt possible. Elle a imaginé de changer tout à fait de situation sociale, elle veut se présenter comme domestique et gagner sa vie avec lui. Depuis plusieurs mois, elle refuse de se laver les mains pour être plus à son niveau. Aucun raisonnement n'a prise sur cette idée évidemment délirante ni sur cette impulsion en apparence irrésistible, il se peut qu'elle ait fini par s'éprendre un peu de ce garçon, mais l'amour n'est ici qu'une expression de l'obsession plus profonde de la honte de soi.

Bien souvent le rapport entre les deux groupes d'obsessions n'est pas si étroit. Si les malades ne peuvent plus se passer d'une personne déterminée, s'ils se sentent seuls, s'ils croient devenir fous par l'isolement, quand elle les abandonne, c'est qu'ils sont ou croient être incapables de se diriger seuls et qu'ils ont un

besoin obsédant de cette direction ou de cette excitation très spéciale qui les remonte. J'ai déjà consacré une étude particulière à ce groupe[1].

Nous aurons à l'étudier encore à propos des sentiments de ces malades, pour le moment il suffit d'ajouter quelques observations typiques à celles que j'ai déjà rapportées. Gri... (182), femme de 28 ans, pleure son amant qui l'avait retirée d'une vie de désordre; elle ne sait plus aucunement se conduire et l'obsession amoureuse est visiblement en rapport avec le besoin de direction. Tkm... femme de 39 ans, a une obsession identique depuis que son amant s'est marié, « il était tyrannique et occupait toute ma vie, je ne m'occupais de rien autre ». Chez Sim... (185,) femme de 31 ans, le désespoir est inimaginable, l'obsession est perpétuelle jour et nuit. Elle croit encore voir cet amant qui la dirigeait, s'occupe de lui constamment « car lui seul était capable de lui donner l'excitation physique et morale dont elle avait besoin ». Le cas de Ck... (184) est à revoir en détail car il est curieux. Cette femme de 41 ans, aboulique, phobique, obsédée, avait trouvé un appui et une direction chez une autre pauvre infirme mentale qui avait elle-même des tics de malpropreté et qui ne savait pas se diriger. Ces deux femmes se sont soutenues réciproquement comme l'aveugle et le paralytique, elles sont parvenues à diminuer mutuellement leur faiblesse et ont vécu heureuses et raisonnables pendant des années. Un incident bizarre a tout perdu : une domestique renvoyée s'est permis une plaisanterie grossière, sur l'affection passionnée de ces deux femmes et a fait naître en elles des scrupules sur leurs relations. Il n'est pas rare de voir ces malades concevoir ainsi des scrupules à propos des traitements, ou de la direction, qui les guérissaient. C'est une des difficultés de leur thérapeutique. Ck... est obligée de quitter son amie, mais alors elle est obsédée par le regret de l'avoir quittée, elle voudrait mourir plutôt que de vivre sans elle et des troubles très graves se développent à l'occasion de cette obsession amoureuse.

Enfin, à la fin de ce groupe on peut placer un cas assez singulier, celui de Qi... (188), cette femme de 36 ans est obsédée par l'idée qu'elle est une petite enfant de 10 à 12 ans ; surtout lorsqu'elle est seule, elle se laisse aller à sauter, à danser, à rire aux

1. Le besoin de direction. *Rev. phil.*, févr. 1877, p. 113, et *Névroses et idées fixes*, I, p. 456.

éclats, elle défait ses cheveux, les fait flotter sur ses épaules, les coupe au moins en partie. Elle voudrait pouvoir s'abandonner complètement à ce rêve, d'être un enfant, « il est si malheureux qu'elle ne puisse pas devant le monde jouer à cache-cache, faire des niches ». Cette idée n'est pas aussi étrange, aussi isolée qu'elle le paraît : « je voudrais, répète la malade, qu'on me trouve gentille, j'ai peur d'être laide comme un pou, je voudrais qu'on m'aime bien, qu'on me caresse, qu'on me câline, qu'on me dise tout le temps qu'on m'aime, comme on aime les petits enfants. » Malgré son extravagance apparente, c'est toujours comme dans les cas précédents, l'obsession amoureuse, l'obsession du besoin d'être aimé sous la forme qu'il prend fréquemment chez les scrupuleux, celle d'être aimé comme un enfant.

En examinant beaucoup de malades, on trouverait facilement d'autres variétés d'obsessions qui au fond ne sont que des formes particulières de la honte de soi. C'est un des groupes les plus importants que nous ayons à signaler.

5. — *L'obsession et l'impulsion de la honte du corps.*

Cette idée du mépris de soi-même, cette obsession du mécontentement personnel porte bien souvent encore *sur la personne physique, sur le corps*. Les malades chez qui l'on rencontre ce mécontentement de leur corps sont fort nombreux, ils forment un groupe singulier dont on ne pourrait pas soupçonner l'importance avant de les avoir fréquentés. On pourrait les appeler tous des « honteux de leur corps ». Les plus complets ont une obsession relative à leur corps tout entier, à toutes ses parties et par conséquent leur obsession générale se subdivise en une foule de petits délires particuliers. Les autres vont moins loin dans la même voie et leur obsession de honte ne porte pas sur tout l'organisme, mais elle se systématise sur telle ou telle partie, telle ou telle fonction dont ils sont particulièrement honteux. J'insisterai d'abord sur un cas remarquable qui donne une idée d'ensemble du premier groupe, puis je choisirai quelques exemples particuliers qui montrent la honte portant sur telle ou telle fonction.

Une observation curieuse qu'il est malheureusement impossible de présenter complètement sans entrer dans d'innombrables détails, est celle de Nadia (166), une jeune fille de 27 ans, que je

dirige autant que possible depuis plus de cinq ans. Cette jeune fille m'a été adressée avec ce diagnostic un peu superficiel d'anorexie hystérique. Ce diagnostic était simplement justifié par l'alimentation plus que bizarre que cette malade s'imposait dans sa famille depuis des années et par les scènes épouvantables qu'elle faisait dès qu'on s'avisait de modifier son régime. Elle se prescrivait à elle-même deux potages par jour au bouillon léger, un jaune d'œuf, une cuiller à bouche de vinaigre et une tasse de thé extrêmement fort dans laquelle il fallait mettre le jus d'un citron tout entier, soigneusement pressé. On avait pu découvrir, ce qui n'était pas difficile, qu'elle avait imaginé ce régime dans la crainte d'engraisser, et on concluait à une anorexie hystérique.

L'anorexie hystérique est déjà par elle-même une maladie fort bizarre, qui est loin d'être complètement élucidée. Sous sa forme typique elle n'est pas aussi fréquente qu'on le croit et les hystériques confirmées sont loin de présenter fréquemment ce phénomène au nombre de leurs innombrables accidents. Les vomissements, les régurgitations, les diverses spasmes de l'œsophage, de l'estomac, du diaphragme, des muscles de l'abdomen déterminent aussi des troubles de l'alimentation et sont beaucoup plus fréquents que l'anorexie proprement dite. En présence d'un cas de refus complet d'aliments, il faut, si je ne me trompe, se méfier et songer que des troubles mentaux plus ou moins graves sont peut-être plus probables que l'hystérie proprement dite.

Quoi qu'il en soit, on admet jusqu'à présent une anorexie hystérique ; pour la diagnostiquer il faut au moins retrouver un certain nombre de symptômes caractéristiques. Bien entendu, il serait bon de constater soit actuellement, soit dans les antécédents des phénomènes nettement hystériques. Malheureusement on sait que ce symptôme est fréquemment isolé, au moins à ses débuts. Si l'on ne peut donc retrouver en dehors la signature de l'hystérie, il faut à mon avis que le refus d'aliments présente deux grands caractères.

1° On doit constater la suppression complète ou à peu près complète de la faim pendant presque tout le cours de la maladie. Cette perte de la faim s'accompagne souvent de troubles considérables dans les sensations de la bouche, soit pour le goût, soit même pour le toucher, d'anesthésie du pharynx, de troubles des mouvements des mâchoires et des joues, d'anesthésie de l'œsophage et probablement de l'estomac avec ou sans propagation de cette anesthésie à la peau de la région épigastrique. La perte de la

faim est-elle directement en rapport avec ces diverses anesthésies de la bouche, de l'œsophage, de l'estomac qui l'accompagnent souvent mais non toujours ? C'est un problème que j'ai longuement discuté dans mes leçons au Collège de France *sur la Conscience du corps et de ses fonctions*. Sans pouvoir entrer ici dans cette discussion je dirai seulement que l'anesthésie de ces organes, quand elle existe, contribue à la suppression de la faim et que, par conséquent, elle joue un rôle dans le diagnostic de l'anorexie hystérique.

2° Un second symptôme, plus curieux et beaucoup moins analysé, quoiqu'il ait déjà été signalé depuis longtemps, me paraît également important : c'est ce besoin exagéré de mouvement physique qui accompagne l'anorexie vraie. Les malades remuent incessamment, font d'énormes promenades, dansent dans des soirées, se surmènent de mille façons et elles font autant de scènes pour conserver leurs marches exagérées que pour refuser la nourriture. Ce symptôme a été interprété de diverses manières. Lasègue y voit le résultat d'un calcul : « Ces personnes, dit-il, ont peur de passer pour malades, elles craignent qu'on ne se serve de leur faiblesse comme d'un argument pour les forcer à manger et elles simulent une grande activité. » M. Wallet, à propos de deux observations curieuses, y voit un procédé des malades pour augmenter leur amaigrissement[1]. Elles font de l'exercice comme elles boivent du vinaigre pour maigrir. Sans contester le rôle que de pareils raisonnements ont pu jouer dans certains cas particuliers, je ne puis admettre que ce grand symptôme aussi général dépende toujours de réflexions, en somme, assez compliquées.

Dans des observations intéressantes que je discutais dans mes cours, j'ai pu montrer que l'exagération du mouvement est quelquefois antérieure au refus d'aliments et précède par conséquent tous ces raisonnements. Dans un cas très curieux, il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, raisonnable, qui vient elle-même demander des soins, et qui par conséquent ne cherche pas à faire illusion. Chez elle l'anorexie, ce qui est bien rare, est à répétition et procède par accès. A la suite d'une émotion elle se sent excitée, agitée comme si elle était enlevée ainsi qu'une plume. Elle a le besoin de gesticuler, de parler, de marcher. Elle ne rentre plus

1. Wallet, deux cas d'anorexie hystérique, *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1892, p. 276.

chez elle, mais elle continue encore à manger, tout en disant qu'elle n'en sent plus le besoin : « car elle est bien assez forte sans cela. » Puis deux jours après elle est dégoûtée d'une alimentation « inutile » et elle commence à refuser de manger.

On approche davantage de la vérité en disant que l'anesthésie musculaire et surtout l'anesthésie à la fatigue joue un rôle dans ce mouvement perpétuel. Je crois qu'il faut aller plus loin et dire que dans ce sentiment d'euphorie il y a une excitation véritable en rapport avec des émotions d'un mécanisme particulier ; si l'on préfère le langage anatomique, il y a une véritable excitation des centres moteurs corticaux. Cette excitation nous semble jouer un rôle très considérable dans la perte du sentiment de la faim, peut-être plus considérable que celui de l'anesthésie de l'estomac, car la faim, avant d'être le sentiment de la mise en jeu des divers réflexes de la nutrition, est un sentiment général lié à l'impression de faiblesse et d'épuisement. Quoi qu'il en soit, il ne suffit pas qu'une jeune fille refuse de manger, ni même qu'elle ait visiblement la crainte d'engraisser pour qu'on puisse appeler son état une anorexie hystérique. Il faut encore, outre les divers symptômes d'hystérie que l'on pourra constater, qu'il y ait une diminution considérable du sentiment de la faim et une exagération des mouvements. En était-il ainsi chez cette malade, Nadia, à laquelle je reviens ?

Cette malade examinée avec le plus grand soin et à bien des reprises n'a jamais présenté le plus petit signe d'hystérie. Elle n'a aucune diminution de la sensibilité, pas plus à la région épigastrique que sur le reste du corps. Dans son histoire on relève des colères épouvantables, mais que l'on qualifie bien gratuitement d'attaques d'hystérie. Ce qui est plus important, c'est qu'elle n'a point du tout de véritable anorexie. Elle a parfaitement conservé le sentiment de la faim. Souvent, il est vrai, dans les derniers temps de la maladie, la faim est masquée, parce qu'il y a des troubles de l'estomac inévitables après des années de ce régime : mais en général Nadia a faim, elle a même très faim. On le constate d'abord par ses actions : de temps en temps elle s'oublie jusqu'à dévorer gloutonnement tout ce qu'elle rencontre. Dans d'autres cas, elle ne peut résister au besoin de manger quelque chose, et elle prend des biscuits en cachette. Elle a des remords horribles de cette action, mais elle la recommence tout de même. On le constate mieux encore par ses confidences bien curieuses. Elle

reconnaît qu'il lui faut un grand effort pour se priver de manger. « Elle est une héroïne d'avoir pu résister si longtemps... Quelquefois je passais des heures entières à penser à la nourriture, tellement javais faim : j'avalais ma salive, je mordais mon mouchoir, je me roulais par terre, tellement j'avais envie de manger. Je cherchais dans des livres des descriptions de repas et de grands festins, et je tâchais pour tromper ma faim de m'imaginer que je goûtais moi aussi à toutes ces bonnes choses. Vraiment j'étais absolument affamée, et malgré quelques défaillances pour les biscuits, je sais que j'ai eu beaucoup de courage. » Est-ce de l'anorexie hystérique que l'on parle ainsi ? En outre, Nadia ne présente aucunement le trouble du mouvement des hystériques. Il est intéressant de remarquer qu'elle a fait justement les raisonnements dont parle Lasègue. Elle cherchait à bien travailler, à aller à pied à ses cours pour que sa mère ne fût pas inquiète de son refus d'aliments et pour que l'exercice la fît maigrir, mais cela lui coûtait un effort pénible qu'elle ne faisait que par nécessité ; le plus souvent et surtout maintenant, elle veut rester tranquille dans sa chambre et n'éprouve aucunement le besoin de marcher et de dépenser ses forces. La maladie est donc différente : le refus d'aliments n'est ici que la conséquence d'une idée, d'un délire.

Cette idée, si on la considère d'une manière superficielle, est évidemment la crainte d'engraisser. Nadia a peur de devenir forte comme sa mère ; elle tient à rester maigre, pâle, cela seul lui plaît, est en harmonie avec son caractère : de là une inquiétude continuelle, elle a peur d'avoir la figure enflée, de bouffir, d'avoir de gros muscles, de prendre un meilleur teint. Il faut éviter avec grand soin de lui faire des compliments sur sa santé ; une maladresse de son père qui, la revoyant au bout de quelques mois, lui a dit qu'elle avait meilleure mine a déterminé une sérieuse rechute. Il faut être préparé à répondre à ces questions qu'elle pose sans cesse : « Je vous en prie, dites-moi le fond de votre pensée ? Trouvez-vous que j'aie de grosses joues rondes et roses depuis que je mange davantage ? Par charité dites-le-moi et consolez-moi, je vous en prie. M'avez-vous trouvée aussi maigre que les autres fois ? Faites-moi le plaisir de me dire que je serai toujours maigre..... Tenez, j'ai été aujourd'hui dans un fiacre qui ne marchait pas, le cheval ne pouvait pas me traîner, c'est à cause de ces côtelettes que vous me faites manger. Je vous en supplie, rassurez-moi. »

Mais cette idée obsédante n'est pas du tout une idée fixe

isolée et inexpliquée, comme cela arrive quelquefois chez les hystériques. Elle se rattache à tout un système de pensées extrêmement complexe. D'abord l'embonpoint n'est pas considéré uniquement au point de vue de la coquetterie : il présente aux yeux de la malade quelque chose d'immoral. Elle répète toujours : « Je ne tiens pas à être jolie, mais cela me ferait trop de *honte* si je devenais bouffie, cela me fait horreur ; si par malheur j'engraissais, je n'oserais plus me faire voir à personne, pas plus dans la maison que dans la rue, j'aurais trop de honte. » Et remarquons que ce n'est pas l'obésité en elle-même qui lui paraît honteuse. Elle aime des personnes qui sont très fortes et trouve que cela leur va bien ; c'est pour elle que ce serait immoral et honteux. Ce n'est pas seulement l'embonpoint, c'est tout ce qui se rattache à l'acte de manger qui mérite ce caractère.

Elle commença de refuser de manger en présence d'autres personnes : il fallait qu'elle mangeât seule, comme en cachette. Vraiment, si on peut se permettre une telle comparaison, elle se dissimule pour manger, elle est gênée d'accomplir cet acte devant quelqu'un, comme si on la priait d'uriner en public, et d'ailleurs elle-même reconnaît que la comparaison est juste. Quand il lui arrive de manger un peu plus, ce qu'elle fait toujours en cachette, ce sont des protestations pour s'excuser comme si elle avait commis une indécence. Au moment des fêtes de Noël, elle s'est permis de goûter à quelques boîtes de chocolat qu'elle envoyait à des amies. Elle m'a écrit plus de dix lettres à ce sujet, avouant comme un crime chacun de ses bonbons, cherchant à expliquer, par un sentiment de gourmandise ou de curiosité, un acte qu'il regrette tant. Elle aurait été bien honteuse si on l'avait surprise en flagrant délit. Non seulement il ne faut pas qu'on la voie pendant qu'elle mange, mais il ne faut pas non plus qu'on l'entende. La mastication a quelque chose de si vilain que cela la ferait rentrer sous terre, si on pouvait entendre la sienne. Ici encore ce n'est pas la façon de manger en général qu'elle méprise : on peut manger devant elle, elle ne trouve à cela rien de répréhensible, au contraire, elle est heureuse d'offrir quelque chose aux personnes qui viennent la voir. Mais c'est sa mastication à elle, « qui fait un bruit spécial, ridicule et déshonorant. Je veux bien avaler, mais on ne me forcera jamais à mâcher ».

Il ne faudrait pas croire que cette honte se limite ainsi à l'embonpoint et à l'acte de manger. Nadia a encore d'autres tourments.

Quoiqu'elle soit mince et ait des traits plutôt jolis, elle est convaincue que sa figure est non seulement bouffie, mais rouge et couvertes de boutons. Comme je n'arrivais pas à voir ces fameux boutons, elle me déclare « que je n'y connais rien et que je ne sais pas reconnaître des boutons qui sont entre la peau et la chair ». Quoi qu'il en soit, cela lui donne une figure abominablement laide et bien qu'elle n'ait aucune coquetterie, une personne qui se respecte ne peut pas laisser voir une figure pareille. On se moquerait d'elle, ce qui la ferait horriblement souffrir, aussi refuse-t-elle de se laisser voir. Parallèlement au refus d'aliments s'est développé un autre délire qu'on avait trop peu remarqué, c'est la crainte de sortir dans la rue. Ce sont des scènes horribles pour arriver à sortir un peu, en voiture fermée. Il faut que le cocher et la femme de chambre détournent la tête au moment où elle se précipite dans la voiture. Elle sort plus facilement le soir, dans les endroits déserts, où elle risque peu d'être vue. Même dans sa chambre, si je la laissais faire, elle entretiendrait une demi-obscurité et elle se place toujours dans le coin le plus sombre, le dos tourné à la lumière. Si on ne l'arrêtait pas, elle ne tarderait pas, comme une malade que j'ai connue, à vivre dans une obscurité complète.

Si sa figure la gêne ainsi, les autres parties de son corps sont loin de la laisser indifférente. Depuis l'âge de quatre ans, prétend-elle, elle est honteuse de sa taille, parce qu'on lui aurait dit qu'elle était grande pour son âge. Depuis l'âge de huit ans, elle a commencé à avoir honte de ses mains qu'elle trouve longues, ridicules. Vers l'âge de 11 ans, comme elle portait des jupes courtes, il lui semblait que tout le monde regardait ses jambes et elle ne pouvait plus les souffrir. Il lui a fallu mettre des jupes longues et alors elle a eu honte de ses pieds, puis de ses hanches trop larges, de ses bras avec de gros muscles, etc.

Bien entendu, l'arrivée de la puberté a singulièrement aggravé tous ces sentiments bizarres. L'apparition des règles l'a rendue à moitié folle. Quand les poils ont commencé à pousser au pubis, elle a été convaincue qu'elle était seule au monde avec cette monstruosité et jusqu'à l'âge de 20 ans elle travaillait à s'épiler « pour faire disparaître cet ornement de sauvage ». Le développement de la poitrine a surtout aggravé les obsessions, car les craintes relatives à la pudeur s'ajoutaient aux anciennes idées sur l'obésité. C'est à ce moment surtout qu'elle a commencé à refuser tout à fait

de manger et à ne plus vouloir se montrer. Par tous les moyens possibles elle a cherché à dissimuler son sexe, dont elle a particulièrement honte : ses corsages, ses chapeaux, ses coiffures doivent se rapprocher du costume masculin. Elle coupe ses cheveux à demi longs et les fait boucler et elle voudrait avoir l'aspect d'un jeune étudiant. Il ne faudrait pas croire qu'il y a ici une inversion sexuelle, comme on l'admet beaucoup trop vite dans des cas semblables. Elle serait aussi honteuse d'être un garçon que d'être une fille. Elle voudrait être sans aucun sexe, et même elle voudrait être sans aucun corps, car on voit que toutes les parties du corps déterminent le même sentiment dont le refus d'aliments n'était qu'une manifestation toute partielle.

Quelle est au fond l'idée dominante qui détermine ces appréciations singulières ? La pudeur joue certainement un rôle considérable et ce sentiment est chez elle poussé tout à fait à l'extrême. Jamais depuis la première enfance elle n'a pu se déshabiller devant ses parents et jusqu'à l'âge de vingt-sept ans elle n'avait jamais consentie à être auscultée par un médecin. Mais il s'y mêle une foule de choses : un vague sentiment de culpabilité, un reproche relatif à la gourmandise et à toutes sortes de vices possibles. Il s'y mêle surtout un sentiment plus intéressant, que nous avons déjà remarqué à propos des obsessions précédentes et qui va prendre une importance de plus en plus grande chez nos scrupuleux. « Je ne voulais, dit-elle, ni grossir, ni grandir, ni ressembler à une femme parce que j'aurais voulu rester toujours petite fille. » Il est visible que ce désir de rester enfant a joué un rôle considérable, car ce qu'elle a toujours redouté c'est de se développer, plus que d'engraisser à proprement parler. Mais pourquoi ce désir ? La raison de ce souhait bizarre se résume en un mot que beaucoup de malades vont nous répéter : « Parce que j'avais peur d'être moins aimée. » C'est au fond cette idée qu'elle a, quand elle craint d'être laide, d'être ridicule. « On se moquera de moi et on ne m'aimera plus. On trouvera que je ne suis plus comme tout le monde et on ne m'aimera plus. Si on me voyait bien en pleine lumière on serait dégoûté et on ne m'aimerait plus. »

Ce désir d'être aimée, cette crainte inquiète de ne pas mériter l'affection que l'on désire tellement se mêle certainement dans ce cas aux idées de fautes possibles et aux craintes de la pudeur pour produire cette obsession de honte du corps et toutes les impulsions à refuser les aliments, à se faire maigrir, à se cacher

que nous venons de voir. Il va encore intervenir dans l'observation suivante.

Il s'agit d'un cas beaucoup moins grave et surtout beaucoup moins complet, dans lequel l'obsession que nous étudions ne porte pas sur toutes les parties du corps mais, comme nous l'avons dit au début, sur un organe et une fonction en particulier. Wye... (160), jeune homme de 27 ans, a eu momentanément quelques obsessions criminelles, il se croyait coupable en mangeant la chair des animaux ; il a eu aussi quelques obsessions hypocondriaques relatives à des maladies de la gorge ; mais ces phénomènes n'ont été que très passagers. Le fait dominant depuis une dizaine d'années c'est un mécontentement et une honte qui porte à peu près exclusivement sur les mouvements de ses bras et de ses jambes.

Dès l'enfance il était préoccupé de la position à donner à son bras gauche, il redoutait la saison de l'été, parce qu'il n'avait alors plus de raison pour tenir ses mains dans ses poches et qu'il ne savait plus où les mettre. Peu à peu, ce sentiment a beaucoup augmenté et il est devenu une obsession grave. « Je sens, dit-il, que je manque de spontanéité, que mes mouvements sont gênés. Je suis tout ankylosé. Je ne sais de quel côté porter le bras ou la tête. J'ai des mouvements mécaniques. On dirait l'ours du Jardin des Plantes. Aussi je suis forcé de penser tout le temps à la façon dont mon bras se balance, dont je redresse le cou. » La moindre des choses dans son costume peut modifier cette gêne de son corps : un habit bien fait et un peu vieux le met à son aise, le costume de chasse qui autorise quelque débraillé des mouvements le rend plus heureux. Au contraire un habit neuf, un costume qui n'irait pas à la perfection augmentent cette obsession jusqu'à lui rendre difficile toute sortie. Il a été pendant quelque temps obsédé par le problème des faux cols. Cette préoccupation des faux cols est loin d'être insignifiante. Chez deux autres malades que je n'ai pas pu étudier avec le même soin et qui d'ailleurs se rapprochent de celui-ci, l'obsession scrupuleuse prenait exclusivement la forme de l'obsession du faux col. Chez ces malades et chez Wye... surtout, ces obsessions gênent les mouvements, les amènent à faire des contorsions et des grimaces soit pour essayer de rendre les mouvements normaux, soit pour dissimuler aux autres la gêne qu'ils éprouvent. Ainsi Wye... cligne des yeux quand il croit que ses yeux n'ont pas un mouvement naturel.

Ces contorsions donnent souvent naissance à des erreurs de diagnostic. On en fait communément des tics : cela est juste mais il ne faut pas oublier l'obsession qu'ils manifestent. Dans un cas même l'erreur fut plus grave à mon avis. Un malade dont nous avons parlé à propos des obsessions criminelles a été renvoyé du service militaire à l'âge de vingt et un ans avec le diagnostic de *chorée de Sydenham*. On pourrait déjà remarquer qu'il est singulier de diagnostiquer la chorée chez un homme de vingt et un ans, tandis que suivant la remarque de Sydenham, la chorée vraie survient rarement après la puberté. Mais ici l'erreur était encore plus grave, car les mouvements de Za... (216) n'étaient que des contorsions déterminées par le sentiment de gêne et de honte et par des efforts pour se dominer que nous aurons à étudier plus tard chez tous les scrupuleux.

Qu'est-ce qui détermine chez ces malades et chez Wye... surtout ce sentiment de gêne ? C'est encore la préoccupation qu'ils ne sont pas comme les autres, qu'ils seront ridicules et ne seront pas aimés. Le désir de plaire les préoccupe toute leur vie et il s'ajoute à une sorte de sentiment de désespoir, d'incapacité d'y arriver qui entre pour beaucoup dans la honte du corps.

Dans un groupe tout voisin nous mettrons ceux qui ont simplement honte de leur figure, des traits de leur visage. Tk... (161), jeune homme de vingt-quatre ans, fils d'une mère qui s'est suicidée, est surtout frappé par la maladie depuis qu'il a contracté la syphilis. Il en est inquiet, honteux, mais cette honte se localise et détermine uniquement le sentiment que son visage enlaidit, que sa mâchoire est devenue trop grande, qu'il est ridicule, et encore, comme toujours, indigne d'être aimé. Ul... (45), femme de 33 ans, se figure « qu'elle a des convulsions dans la figure ». Meu... (163), femme de 30 ans, sent qu'elle a des convulsions dans les yeux, que ses yeux ne sont pas naturels, qu'ils regardent drôlement. Ces malades ne veulent plus voir personne, ni entrer dans aucun lieu public. Per... (162), femme de 38 ans, a les mêmes terreurs parce qu'elle se figure que « son visage est poilu ». Enfin Pol..., femme de 24 ans, est horriblement tourmentée par la pensée qu'elle a une petite cicatrice sur l'aile gauche du nez : cette obsession est l'une des plus fréquentes[1]. En un mot, il n'y a pas un trait,

1. Cf. G. Thibierge, Les dermatophobies. *Presse médicale*, juillet 1898.

une légère modification du visage qui ne puisse donner lieu à une obsession de gêne et de honte.

Quand on parle des scrupules relatifs au visage, il ne faut pas oublier le groupe qui a été considéré comme le plus important, celui des malades qui ont la honte de rougir. Je ne parle pas ici du sentiment angoissant qui se développe en même temps que la rougeur, mais de l'idée obsédante de cette rougeur. Les malades tourmentés par cette obsession sont extrêmement fréquents et, l'année dernière, MM. Pitres et Régis[1] ont consacré un article à cette maladie sous le nom d'*éreutophobie*. Ces auteurs en ont décrit des cas intéressants. J'en ai observé pour ma part cinq tout à fait caractéristiques ; je n'insiste que sur les principaux : Deb... (165), femme de quarante-quatre ans, Toq... (97), un docteur en médecine de vingt-sept ans, et Vol... (96), jeune fille de vingt et un ans. Chez tous ces malades les symptômes principaux sont à peu près les mêmes. Ils croient avoir remarqué que leur visage, leur nez, surtout chez Vol..., rougit facilement, après les repas, dans une chambre chaude, etc. Ils ont à ce propos une pensée obsédante que leur visage est rouge, en feu et que cela est profondément ridicule, obscène, déshonorant. « Je ne faisais qu'y penser et souffrais le martyre, je maudissais de n'être pas comme les autres jeunes filles, je souffrais de me montrer, et j'aspirais d'être seule dans ma chambre ; quand j'étais seule, je pleurais avec désespoir, à la pensée de l'isolement perpétuel auquel j'étais condamnée. » Chez celle-ci d'ailleurs, cette éreutophobie a amené comme chez Nadia un refus d'aliment qui a nécessité sa séquestration dans une maison spéciale. Elle avait eu de l'admiration pour une cousine qui était très pâle et, pour devenir anémique comme elle, elle s'était rationnée à sa façon. Cette crainte amène aussi le refus de sortir et trouble toute l'existance par un véritable délire.

Après avoir décrit des faits de ce genre d'une manière fort intéressante, MM. Pitres et Régis font à leur propos une remarque psychologique : l'éreutophobie est liée, disent-ils, à la congestion du visage, c'est-à-dire à un phénomène vaso-moteur. Cette congestion, l'éreutose simple, a précédé la phobie, c'est-à-dire l'émotion. Ne peut-on pas voir dans ce cas une démonstration

1. Pitres et Régis, L'obsession de la rougeur, L'éreutophobie. *Archives de neurologie*, 1897, n° 13, et *ibid.* Mars 1902, p. 177.

intéressante des théories de Lange et de James sur le mécanisme des émotions et une démonstration de cette hypothèse qui rattache l'émotion à un trouble vaso-moteur ? Quelle que soit l'opinion relative à la thèse de Lange et de James, que je ne discute pas ici, mais que je suis loin d'admettre complètement, je ne puis croire que le fait de l'éreutophobie puisse jouer de cette manière un rôle important dans la discussion.

C'est un tort à mon avis que de rattacher l'obsession de la rougeur au fait de la rougeur elle-même. Quoique cela semble bizarre, ce n'est pas parce qu'ils sont rouges que ces malades sont obsédés par la pensée de la rougeur ou du moins cette rougeur elle-même ne joue qu'un rôle très minime dans l'obsession. D'abord on peut être éreutophobe comme Nadia sans avoir jamais eu de rougeur. Cette malade qui a le teint très mat a toujours été pâle et n'a aucune disposition à la rougeur émotive. Elle se fait cependant de la rougeur une obsession terrifiante. En outre l'obsession de la rougeur ne survient pas uniquement à la suite de rougeur véritable. Il est trop facile de remarquer que tous les gens qui rougissent ne sont pas des éreutophobes. Elle survient à la suite d'une série de scrupules corporels qui n'étaient aucunement liés à des phénomènes vaso-moteurs du visage.

Toq..., jeune homme de vingt-sept ans, actuellement obsédé par la pensée qu'il a les joues rouges, a eu depuis l'âge de treize ans jusqu'à l'âge de vingt ans une obsession toute différente. Il était obsédé par la honte de ses moustaches et je ne crois pas que dans les moustaches il y ait un phénomène vaso-moteur. Cette honte elle-même se rattachait visiblement à une idée génitale. « Je me figurais, dit-il, que j'avais une tare sexuelle parce que mes moustaches avaient poussé trop tôt. » Plus tard il se rassura sur ses moustaches, parce qu'à vingt ans elles devenaient plus naturelles et son inquiétude *préexistante* se porta sur un autre phénomène, la rougeur du visage qu'il avait remarquée à un examen. Inversement Per... (162), qui a commencé par l'éreutophobie, l'a remplacée maintenant par l'obsession d'être « poilue » quoique les phénomènes vaso-moteurs du visage soient restés exactement les mêmes. Il est donc bon à mon avis de ne pas considérer ce symptôme isolément, mais de remarquer qu'il se rattache à un groupe d'obsessions relatives au corps et en particulier au visage qui font partie, comme j'essaye de le montrer, d'une grande maladie mentale, le délire du scrupule. Quant aux phénomènes

émotifs que les auteurs précédents ont bien mis en lumière dans l'éreutophobie, ils existent comme point de départ dans beaucoup de ces obsessions. Nous aurons l'occasion de les étudier à propos des angoisses.

Après les hontes relatives au visage, je signale rapidement les obsessions relatives aux mains et surtout celles qui sont relatives à la propreté des mains. Il est presque inutile de citer des exemples, car les observations seraient innombrables. Chy... a peur d'avoir de la graisse et surtout des *petites* taches de graisse sur ses mains, elle se lave 200 fois par jour. Qei..., jeune fille de vingt ans, croit qu'elle a touché quelque chose de sale, surtout depuis qu'elle a eu une petite suppuration d'oreille. Elle en est honteuse, elle craint de communiquer le virus aux autres et les idées de crime se mêlent à la honte du corps. C'est la forme la plus commune de la maladie.

J'aime mieux insister sur une forme particulière d'une de ces obsessions relative à la main, parce qu'elle est moins connue et peut donner naissance à des erreurs de diagnostic. M. Séglas a étudié un malade nommé L... que j'avais vu avec lui il y a quelques années[1]. Ce garçon d'une vingtaine d'années, type de scrupuleux, avait eu la plupart des obsessions précédemment décrites sur les crimes, des obsessions relatives au vol, d'autres relatives à l'alimentation. Il se faisait même scrupule d'avaler les microbes de l'air. Parmi les différents reproches qu'il se faisait, L... trouvait son écriture mauvaise. Il cherchait à la reformer par des systèmes que nous retrouverons plus tard chez tous les autres malades ; mais ces préoccupations et ces efforts n'avaient pas d'autre résultat que de rendre son écriture de plus en plus informe et impossible. Il tenait sa plume de façon bizarre, l'attachait avec des ficelles et ne pouvait plus parvenir à écrire quelques lignes de suite. M. Séglas faisait remarquer avec raison qu'il semblait représenter une crampe des écrivains, alors qu'il n'avait qu'un délire de scrupule relatif à l'écriture.

J'ai eu depuis l'occasion de vérifier la justesse de cette remarque et je crois que dans bien des cas la prétendue crampe des

1. Séglas, Un cas de folie du doute, simulant la crampe des écrivains. *Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, avril 1890, et *Troubles du langage chez les aliénés*, 1892, p. 201.

écrivains n'est qu'une manifestation de scrupules de ce genre. Il en est ainsi, par exemple, dans l'observation de H..., dans celle de Pô... et dans celle de Lev..., homme de trente-six ans. Pô..., non seulement, ne peut plus écrire, mais elle ne peut plus lire ni même voir de l'écriture, tellement cela lui fait horreur. Lev... n'a apprétendue crampe que si on le regarde ou s'il soupçonne que quelqu'un peut le voir. Le dernier cas que j'ai vu est curieux : il s'agit d'un homme, X..., préoccupé de scrupules divers et depuis quelque temps de scrupules relatifs à l'écriture. Il ne peut essayer d'écrire sans que sa main fasse un mouvement bizarre : l'index, au lieu d'appuyer sur la plume, se relève tout droit en l'air, attitude singulière, car d'ordinaire les doigts se resserrent dans la crampe. On peut faire sur lui quelques petites expériences intéressantes. Quand il tient la plume sans écrire, l'index ne se relève pas ; bien mieux, si on lui dit de simuler l'écriture, c'est-à-dire de faire faire à la plume tous les mouvements de l'écriture, mais en la laissant à quelques millimètres au-dessus du papier sans marquer réellement, les doigts n'éprouvent aucune gêne et le malade peut écrire ainsi indéfiniment. Si on l'empêche de regarder, on peut approcher le papier de la plume jusqu'à faire marquer l'écriture légèrement et le malade continue à n'avoir aucune crampe : mais s'il s'aperçoit qu'il écrit réellement, immédiatement l'index se relève et la plume tombe. « J'ai, dit-il, comme une appréhension d'écrire depuis que je me suis rendu compte que j'écrivais mal. » Le scrupule simule la crampe des écrivains comme tout à l'heure la chorée. Un étudiant prépare en ce moment une thèse sur ce sujet que je lui ai indiqué : « Les rapports entre la crampe des écrivains et le délire du scrupule. »

Il est probable que l'on pourrait facilement recueillir bien des faits de même genre relatifs à la marche. M. Séglas a parlé justement des baso-phobies. On pourrait montrer que quelques-unes d'entre elles ne sont que des scrupules relatifs à la marche. L'observation d'un homme de 56 ans, Fou... (73) est sur ce point tout à fait concluante : les angoisses qu'il ressentait pendant la marche le long d'un fossé ont peu à peu donné naissance à des obsessions complètes sur l'impossibilité de la marche. Dans une thèse récente M. Paul Delarue[1] insiste sur l'idée obsédante de l'impo-

1. Paul Delarue, *De la Staso-basophobie*. Thèse de Paris, 1901.

tence des membres inférieurs qui se surajoute aux phobies de la marche. Il y a un diagnostic à faire entre ces scrupules de la marche et l'abasie hystérique analogue à celui que nous venons de faire à propos de l'anorexie.

Relativement aux diverses fonctions viscérales, je ne fais que rappeler l'observation de Rai..., que j'ai déjà publiée dans le second volume des névroses, de cet individu qui se fait des scrupules sur sa digestion et sa respiration. Convaincu qu'il ne respirait pas bien, il cherchait des systèmes pour respirer mieux, pour éviter les suffocations possibles. Puis ce furent des systèmes pour manger : il lui fallait une bouteille d'eau près de lui pour humecter la bouche avant chaque bouchée. Même en dehors des repas, il lui fallait une goutte d'eau dans la bouche pour bien respirer[1].

Les idées obsédantes relatives à l'alimentation et même aux diverses fonctions de la déglutition, de la digestion, etc., sont des plus fréquentes. On en a déjà eu un exemple dans l'observation de Nadia. Mais ces idées restent presque toujours étroitement associées avec des phénomènes d'angoisse et il me semble préférable de remettre leur description plus complète au moment où j'étudierai *les phobies des fonctions* dans le chapitre suivant.

L'une des fonctions digestives a le privilège de provoquer plus que les autres des obsessions de honte. C'est l'évacuation des gaz intestinaux. On ne se figure pas l'état de folie où peuvent tomber certains individus par la crainte des pets. J'en ai publié dernièrement une belle observation[2]. Un homme de 31 ans, Ch..., vit toujours seul, habite au sixième pour n'avoir pas de voisins au-dessus de lui, met son lit dans la cuisine, car il n'est pas probable que d'autres personnes couchent au-dessous dans la cuisine, et cependant en arrive à vouloir se tuer parce que sa mère va venir le surprendre dans sa retraite. Le pauvre diable ne peut avoir personne près de lui ou aux environs parce qu'il craint qu'on entende le bruit de ses gaz abdominaux et voici dix ans qu'il est en proie à une pareille obsession. Je viens de voir deux jeunes filles de 20 ans qui commencent le même délire. « Elles ne sont pas faites à ce point de vue-là comme les autres, il y a dans leurs parties des défectuosités, les gaz s'échappent dès qu'elles y pensent, et elles sont forcées d'y penser si elles sont en public. Or cet accident est

1. Raymond et P. Janet, *Névroses et Idées fixes*, II, 387.
2. Id., *ibid.*, II, 147.

monstrueux, mieux vaudrait mourir » ; elles refusent de sortir, de dîner en ville, de se marier.

J'ai observé bien des cas comparables relatifs cette fois aux fonctions de la vessie. Une femme de 55 ans, ancienne scrupuleuse, ayant même eu à l'âge de 18 ans une crise d'obsession criminelle pour laquelle Charcot l'avait fait isoler, Vor... (137) a été troublée il y a deux ans par un eczéma du périnée et des parties génitales. Les démangeaisons d'une part, les soins minutieux de propreté nécessités par le traitement d'autre part, ont attiré son attention sur ces parties et après la guérison de l'eczéma elle a été envahie par une obsession curieuse, relative à l'acte d'uriner. Elle avait le sentiment qu'elle urinait mal et surtout incomplètement. Elle s'étudiait à pousser mieux, à produire le coup de piston et cependant elle conservait la pensée qu'elle n'avait pas terminé et qu'elle allait perdre les urines, ce qui fait qu'elle retournait immédiatement au cabinet, recommençait ses efforts et sortait, puis était forcée de rentrer de nouveau, cela jusqu'à cinquante fois de suite. Il est singulier de voir le scrupule déterminer des troubles de la miction.

Dans toutes les hypocondries urinaires, il ne serait pas difficile d'en trouver de semblables : je me rappelle l'observation d'un pauvre maître d'études qui avait renoncé à son métier, qui ne pouvant plus assister à aucun cours ni entrer dans aucune réunion, car il avait constamment la pensée de n'avoir pas pris suffisamment ses précautions, et il était honteux de mouiller son pantalon en public. On me permettra de rappeler à ce propos une observation curieuse communiquée par M. le Pr Guyon à mon frère le Dr Jules Janet et résumée dans sa thèse de doctorat[1]. Un magistrat vient d'être nommé conseiller à la Cour de cassation et va consulter M. Guyon pour lui demander s'il doit envoyer sa démission et renoncer à cette haute fonction : « J'ai visité, disait-il, les locaux où siège la Cour de cassation et j'ai remarqué que les cabinets d'aisance ne sont pas assez isolés. Il est certain que de la salle des séances on peut m'entendre quand j'urinerai ; il m'est impossible de rester sans uriner et il serait monstrueux de m'exposer à ce danger d'être entendu. » Je n'ai pas l'observation complète du sujet, mais il est bien probable que l'on y retrouverait tous les autres symptômes de nos scrupuleux.

1. Jules Janet, *Troubles psychologiques de la miction*, 1890, 14.

Il est évident que la fonction qui sera le plus facilement atteinte par le scrupule c'est la fonction génitale : j'en ai déjà parlé à propos des idées criminelles. Dans certains cas l'obsession ne portera pas précisément sur la tentation de la masturbation ou l'idée des crimes génitaux, mais sur la honte des parties génitales. L'observation de Vg... que j'ai déjà publiée est tout à fait caractéristique[1]. A la suite de méditations sur l'adultère il est obsédé par la pensée de ses propres organes ; il y ressent des douleurs étranges, il en arrive à penser constamment que ses organes génitaux sont appendus à son corps comme un corps étranger et ne lui appartiennent pas. Voici une autre observation toute comparable. Wyb... (164), un jeune homme de 22 ans, a commencé par toutes sortes de scrupules religieux, puis il a éprouvé des remords terribles à propos de quelques masturbations. La peur de toucher ses parties lui faisait tenir les mains derrière le dos, dans des positions grotesques. Il est obsédé par l'odeur de ses parties et croit que tout le monde la sent, il se figure que ses organes par leur grosseur ou leur forme ont quelque chose d'extraordinaire qui n'existe pas chez les autres.

A cette honte des organes génitaux, il faut naturellement rattacher le mécontentement relatif à leur fonction ; le scrupule est l'origine de bien des prétendues impuissances. Qui ne connait ces jeunes mariés tout honteux de leur sort, qui ne peuvent arriver à accomplir l'acte conjugal et qui sont poursuivis à ce sujet par une obsession de honte et de désespoir ? Nous assistions l'année dernière à une scène tragi-comique bien curieuse quand un beau-père courroucé traînait à la Salpêtrière son gendre humble et résigné. Le beau-père demandait une attestation médicale qui lui permît de demander le divorce. Le pauvre garçon expliquait qu'autrefois il avait été suffisant, mais que depuis son mariage un sentiment de honte et de gêne avait tout rendu impossible. Nous eûmes bien de la peine à faire comprendre au beau-père combien son intervention était inutile et fâcheuse. Ces cas sont très nombreux : on les rattache souvent à diverses névroses, quand il n'arrive pas, pour le plus grand malheur des patients, qu'on leur parle de maladies de la moelle épinière.

Cette honte des parties génitales prend assez souvent une autre forme qu'il faut signaler. Deb..., femme de 44 ans, est depuis sa

1. *Névroses et Idées fixes*, II, 162.

jeunesse honteuse de son sexe, elle regrette d'être une femme et se figure qu'elle serait heureuse d'être un homme. En rapport avec cette idée, elle remarque qu'elle n'a jamais eu de plaisir complet avec son mari et qu'elle serait disposée à aimer des femmes. Nous avons déjà vu le même fait chez un homme à propos des obsessions impulsives au crime génital. Ici aussi on serait trop facilement porté à parler d'inversion sexuelle, je répète que je ne crois dans ces cas à rien de semblable. Le plaisir incomplet de Deb... est, comme on le verra, un caractère général des scrupuleux : elle serait tout aussi incapable d'aller jusqu'au bout si elle avait des rapports avec une femme. Sa prétendue inversion sexuelle n'est qu'un des aspects divers que peut prendre la honte du sexe.

On remarquera que cette forme du scrupule, les obsessions de honte relativement au corps, est l'une des plus intéressantes au point de vue clinique. Elle donne lieu à toutes sortes d'accidents : des anorexies, des chorées, des crampes des écrivains, des astasies-abasies, des incontinences d'urine, des impuissances, etc. Ces symptômes, comme nous le verrons, sont loin d'être complets et ne peuvent pas tromper un observateur prévenu, mais il est essentiel d'être averti. A ce point de vue la maladie du scrupule peut s'étendre à tous les organes et à toutes les fonctions, déterminer des troubles variés qu'il est important de diagnostiquer. Elle devient une grande névrose analogue par bien des côtés à l'hystérie, mais qui ne doit pas cependant jamais être confondue avec elle. La distinction est aussi importante pour le pronostic que pour le traitement.

6. — *Les obsessions et les impulsions hypocondriaques.*

Il faut signaler un troisième groupe d'obsessions qui se rencontrent aussi fréquemment que les précédentes chez les mêmes sujets. Ce sont des préoccupations qui ont rapport à leur propre santé ou à leur propre vie, en un mot, ce sont des *préoccupations hypocondriaques*. On a remarqué bien souvent que les scrupuleux sont en même temps hypocondriaques ; je crois que d'ordinaire il faut accompagner cette remarque de quelques restrictions. Quand il s'agit de malades jeunes, au début de leur affection, on trouve chez eux pêle-mêle des idées scrupuleuses et des préoccupations hypocondriaques ; mais quand la maladie

s'est confirmée, quand ils sont entièrement absorbés par quelque grande obsession criminelle ou sacrilège, ils oublient de se préoccuper de leur santé. Lise pense tout le temps au diable, à ses enfants voués à l'enfer et songe à peine aux troubles de son existence : il faut que le délire diminue pour qu'elle s'aperçoive de ses souffrances physiques. Il en est de même pour Claire, qui ne peut arriver à se préoccuper de sa santé. J'ai plus d'inquiétudes sur l'état de sa poitrine (tuberculose au début) qu'elle n'en a elle-même. En général le grand délire du scrupule exclut le délire hypocondriaque.

Il faut faire une exception pour Jean, qui est aussi extravagant comme hypocondriaque que comme scrupuleux. Ce jeune homme, 30 ans, fort bien portant au demeurant, est sans cesse préoccupé par la pensée de la mort. Il ne peut assister à des cérémonies funèbres sans devenir malade de terreur ; il ne peut voir les employés des pompes funèbres sans frémir ; il ne peut passer devant la mairie de sa petite ville entre neuf heures du matin et cinq heures du soir parce qu'à ce moment le bureau de déclaration des décès est ouvert et qu'il le croirait ouvert pour l'enregistrement de son propre décès. En outre, il a des préoccupations particulières pour tel ou tel de ses organes. Par exemple, il est très préoccupé de son cœur, il en compte les battements pendant des heures entières et il est bouleversé quand il se figure que ce battement est irrégulier : « Mon cœur fait cloc... cloc... poum, cloc... cloc... poum, ce n'est pas naturel, il est bistourné. » Et alors il fait des efforts qui ont, dit-il, pour résultat de replacer le cœur. A d'autres moments, il pousse des cris d'angoisse, appelle au secours, dit qu'il va mourir, parce que son cœur n'a plus « que des battements internes ». Ce même malade se figure toujours, que son cerveau va être détruit par sa maladie, il s'attend à une hémorragie cérébrale et me décrit sans cesse « un petit point dans le cerveau, vous savez, la fin du nerf qui remonte, c'est là qu'est le mal, il y a un cercle enflammé tout autour où certainement quelque chose peut éclater ». Il montre à ce moment le point de la fontanelle postérieure où les obsédés localisent souvent leurs maux de tête. Jean a encore peur d'avoir une hernie et on lui fait grand plaisir en l'examinant de temps en temps ; il surveille son alimentation et ne boit que du lait coupé d'eau de goudron, etc.

Mais ce qu'il présente au plus haut degré, c'est une terrible

hypocondrie génitale. Pendant plus de six ans, il a souffert d'une prétendue maladie du gland qu'il a soignée de toutes manières. Il avait été affolé en constatant que le prépuce ne recouvrait plus le gland et il éprouvait des douleurs intolérables par le frottement des vêtements. Il passait toute sa journée à recouvrir le gland avec le prépuce, à le badigeonner d'onguents, à prendre des précautions pour éviter les contacts, et il n'arrivait pas à atténuer les souffrances. Il résume lui-même assez bien son état mental en disant : « mon corps me gêne et m'obsède continuellement. »

Les mêmes caractères se retrouvent à un degré moins grave chez Za... (216), que la moindre indisposition met hors de lui, tellement il est obsédé par la pensée de la mort. Bal... (155), femme de 32 ans, semble obsédée par une pensée singulière, celle de son âge, celle de l'âge de son mari et en général par la pensée de l'âge des personnes qui l'intéressent, c'est parce qu'elle compte les années qui les séparent encore de la mort, la pensée de la mort est en réalité au fond de l'obsession.

A côté de *la pensée de la mort*, la pensée de toutes les maladies possibles peut devenir une idée obsédante. On peut citer à ce propos une jeune fille, Qei..., qui surveille ses aliments de peur d'avaler des fragments d'aiguille, qui lave ses mains continuellement de peur de s'infecter par des contacts malpropres, qui se mouche sans cesse sans parvenir à se délivrer « des moucherons qui montent par le nez jusqu'à son cerveau ».

Nous retrouvons ici, bien entendu, *les obsessions relatives aux organes génitaux*, il ne s'agit plus des mauvaises actions qu'ils font exécuter, ni de la honte qu'ils inspirent, mais de leurs maladies. On ne peut énumérer les malades qui ont « des sensations de brulûre, d'épuisement dans le canal... des sensations de fatigue comme si on leur avait enfoncé un gros objet dans le rectum... la pensée constante qu'il y a dans ces parties une lésion irrémédiable, une syphilis incurable » (Dea..., etc.).

Il suffit de rappeler les *obsessions de la phtisie* (Dua..., 147), les *obsessions de la cécité* (Mv..., 151) Wye... (160) a des inquiétudes pour sa langue dont le bout frotte ses dents. Gye... a une épingle arrêtée derrière le sternum, Lobd... (Obs. 22) a « quelque chose dans le nez qui cherche à sortir, elle a le besoin d'une grande hémorragie nasale ». Il ne faut pas croire qu'il s'agit ici d'un trouble de la sensibilité du nez, c'est bien plutôt une idée consécutive à un singulier souvenir de famille, la malade

est convaincue que sa tante atteinte d'un délire mélancolique grave a été guérie à la suite d'un saignement de nez, d'où le désir obsédant d'un accident semblable. Kl... (211) ressent une brûlure dans la cuisse « qui est due probablement au passage d'une épingle que la malade aurait avalée ». Des observations de ce genre sont d'une grande banalité et pourraient être facilement multipliées.

Au premier abord, ces obsessions sont bien distinctes des précédentes et semblent former un groupe à part, celui des obsessions hypocondriaques. Je crois cependant que cette hypocondrie n'est pas banale et qu'elle revêt chez les scrupuleux des caractères intéressants qui rapprochent ces idées nouvelles des précédentes. Ces malades ne redoutent pas tous les accidents possibles, mais seulement certains accidents déterminés. Ils ne redoutent pas les accidents qui peuvent arriver subitement, qui dépendent du monde extérieur et qui ne dépendent pas d'eux-mêmes. Jean, qui parle sans cesse de mort subite, ne redoute pas la mort causée par un accident impossible à prévoir ou à éviter : il n'a pas peur d'un déraillement de chemin de fer ou de la chute d'une maison sur sa tête. Quand je lui parle de ces dangers possibles, il dit qu'il faut se résigner à ce qui est inévitable, qu'il ne peut rien faire pour se garantir contre la chute d'une cheminée et que par conséquent il ne s'en préoccupe pas. Que redoute-t-il donc ? Uniquement les accidents qui seraient causés par sa propre imprudence ou par sa propre faute. Ces congestions cérébrales, ces faux pas du cœur, ces douleurs du gland sont toujours causés dans son imagination par les excitations génitales auxquelles il s'est abandonné. Ce qui se dissimule au-dessous de ces idées hypocondriaques, c'est une sorte de crainte du suicide.

Il en est de même chez Qei... dont la première idée a été la crainte de jeter elle-même des aiguilles cassées dans les aliments pour tuer ses parents et qui a maintenant la crainte de manger des aliments où elle aurait mis des aiguilles cassées. Si elle craint de s'infecter, c'est qu'elle a peur de ne pas avoir surveillé ses mains qui auraient touché des objets sales. En un mot, dans quelques-uns de ces cas, je n'ose dire dans tous, l'hypocondrie n'est pas purement la crainte de la maladie en elle-même, c'est la crainte de causer la maladie par une faute ou une imprudence.

A ce groupe d'obsessions se rattachent un grand nombre des

impulsions les plus remarquables. Il est facile de voir dans tous les faits précédents que ces préoccupations hypocondriaques inspirent au sujet le désir d'une foule d'actions bizarres. L'instinct vital, la crainte de la mort, de la maladie et de la souffrance donnent à ces désirs un caractère particulièrement irrésistible; les précautions que prennent ces malades, les thérapeutiques bizarres auxquelles ils se soumettent sans cesse deviennent manifestement l'objet de véritables impulsions.

Certaines de ces impulsions sont si remarquables qu'on les a considérées uniquement au point de vue de l'action qu'elles inspirent sans remarquer suffisamment qu'elles sont toujours associées à des obsessions hypocondriaques. La *dipsomanie* est le type de ces impulsions, l'esprit des malades est envahi à certains moments par une idée dont nous aurons à chercher l'origine, c'est qu'ils sont malheureux, désespérés, épuisés par une faiblesse incompréhensible et que l'alcool est le seul remède à leur maux. Ils ne recherchent pas le plaisir de l'ivresse, ils ne boivent pas en société pour se divertir; ils boivent seuls, tristement, comme s'ils avalaient un remède et dans leur esprit, l'alcool est bien un remède dont ils ont un pressant besoin. C'est bien ainsi que se présentent les accès de dipsomanie, de Dr..., une femme de 30 ans, de la meilleure société et de la meilleure éducation, dont je discutais l'observation dans un autre travail[1]. De temps en temps à des intervalles irréguliers, de plus en plus rapprochés dans ces dernières années, elle sent grandir en elle un désir intense de boire du whisky. En cachette, elle en prend d'abord quelques gouttes car elle sait bien que cela est dangereux pour elle : elle ne veut pas céder sérieusement à son envie, mais elle veut simplement la tromper en sentant le goût de la liqueur. C'est à peine si elle se rend compte que l'instant suivant elle en prend davantage et elle continue ainsi seule, sans gaieté, avec honte, en se dissimulant à boire de plus en plus. Elle absorbe plus d'une demi-bouteille par jour et tombe rapidement dans la plus complète ivresse, dans l'abrutissement le plus honteux dont elle ne se relève qu'après quelques jours de véritable maladie. Elle reprend conscience avec un profond désespoir, elle parle de se tuer, ne se console que difficilement en faisant les plus solennelles pro-

1. On the pathogenesis of some impulsions. *The Journal of Abnormal psychology* de Morton Prince, avril 1901, p. 1.

messes. Elle reste en effet parfaitement raisonnable, ne buvant absolument que de l'eau jusqu'à ce que dans quelques semaines ou dans quelques mois tout recommence. C'est la forme classique de la dipsomanie : il est inutile d'insister, car on pourrait trop facilement ajouter ici vingt cas semblables.

Les *morphinomanes*, *héroïnomanes*, *cocaïnomanes*, *chloralomanes*, etc., sont exactement identiques : ils sont poursuivis par la pensée qu'ils éprouvent un malaise infini, qu'ils sont perdus pour toujours s'ils ne cèdent pas à leur passion, que leur poison préféré est le seul remède à une situation désespérée. Bien d'autres impulsions ont une origine semblable : certains *érotomanes*, certains *fétichistes* ou certains *invertis sexuels* se rattachent, comme nous l'avons vu, au groupe des obsédés criminels. Ils sont entraînés à une action par l'idée que cet acte est défendu, criminel. Mais beaucoup ne voient pas les choses au même point de vue : l'excitation génitale, qu'elle soit déterminée d'une façon normale ou anormale, leur apparaît comme indispensable pour leur donner des forces, pour les calmer et les guérir.

On peut observer d'autres impulsions singulières : notons par exemple l'impulsion à manger, la *boulimie*, qui est plus rare que l'impulsion à boire. Voici une jeune femme de 26 ans Qe... qui en venant nous voir porte avec elle un gros sac et qui a ses poches toutes gonflées. Qu'est-ce qu'elle emporte donc ainsi en venant à une consultation ? Ce sont tout simplement des provisions de voyage : elle a dans son sac et dans ses poches plusieurs morceaux de pain, quelques tranches de jambon, des tablettes de chocolat et du sucre. On dirait qu'elle va traverser un désert et il s'agit simplement de traverser quelques rues. Ses provisions lui sont indispensables, car, surtout au grand air et dans les places il faut absolument qu'elle prenne des forces. Au bout de quelques pas, elle se sent étourdie, prise de vertiges, elle étouffe, elle est couverte de sueurs froides. Le danger serait grand si elle ne savait le remède : il lui suffit de se réconforter. Elle mange un morceau de jambon, met un morceau de sucre dans sa bouche et peut ainsi faire quelques pas de plus. Mais bientôt tout recommence et ce n'est qu'à force de petits pains et de chocolat qu'elle peut traverser une place. Aussi quand les provisions lui font défaut elle se trouve dans une bien misérable situation ; il lui faut à tout prix, avec des efforts inouïs, traverser le désert pour arriver jusqu'à l'oasis qui est une boulangerie. Dans cette traversée ter-

rible on se soutient comme on peut : que ne mangent pas de malheureux voyageurs? il lui est arrivé de ramasser une pomme de terre crue, d'attraper un oignon ou quelques feuilles vertes : cela ne soutient guère, mais cela donne la force d'atteindre la boulangerie. En général, elle préfère rester chez elle, cela est moins dangereux : aussi ne fait-elle plus rien que de préparer et de manger de la nourriture toute la journée. Triste et malheureuse, elle ne trouve de soulagement que dans cette absorption continuelle d'aliments. Cela dure ainsi pendant dix ou quinze jours, rarement plus. A ce moment elle se calme, n'éprouve plus autant le besoin de manger et elle est obligée de soigner la gastrite qu'elle a acquise par ce surmenage de l'estomac. Elle reste raisonnable, mangeant modérement et même peu pendant quelques semaines ou quelques mois, puis tout à coup ou graduellement suivant les cas, la même comédie recommence. La boulimie est rare sous cette forme typique qui est comme on le voit tout à fait analogue aux accès de dipsomanie; mais elle existe souvent sous une forme atténuée chez bien des névropathes. Le médecin doit en être averti et se défier de ces prétendus neurasthéniques qui veulent toujours rester étendus et qui réclament sur leur table de nuit des bouteilles de vin et des morceaux de viande froide pour lutter contre leur épuisement. On a fait bien du mal à l'esprit et au corps des névropathes avec les belles théories sur la suralimentation. Plus souvent qu'on ne le croit, leurs mauvaises digestions, leur haleine fétide, leur troubles cutanés et même leurs troubles mentaux sont entretenus par une vraie intoxication alimentaire déterminée par des conseils mal compris. Quand on voit la boulimie sous sa forme grossière comme dans le cas de Qe... on reconnaît mieux le rôle que jouent les troubles mentaux dans tous ces besoins pathologiques de suralimentation.

Nous arrivons à une impulsion plus singulière encore. Cette jeune femme Ms... ne peut être soignée dans aucune maison de santé : à peine y est-elle entrée qu'elle est forcée d'en sortir, puisque aucune de ces maisons ne peut mettre à sa disposition un terrain assez vaste. Que voulez-vous, elle a besoin de prendre de l'exercice et il faut absolument qu'elle fasse à pied 45 à 50 kilomètres sur une grande route tous les jours sans exception. Le petit jardin d'une maison de santé ne peut suffire et la grande route avec ses bornes kilomètres que l'on peut compter est indispensable. Ce n'est qu'après avoir compté environ 46 kilomètres

qu'elle commence à se sentir à son aise. Quelquefois elle se fait accompagner par la voiture, mais elle ne monte jamais dedans, elle court à côté pendant que le cheval trotte. C'est à peine si elle consent à s'arrêter un moment pour manger un morceau : elle sent la faim, mais elle ne s'en occupe guère. Elle se préoccupe plus de la soif, car elle boit énormément, 5 à 6 litres d'eau par jour et elle urine en conséquence. Elle repart tout de suite avec un besoin invincible « d'épuiser les forces qui sont en surabondance dans son système nerveux. »

Cette manie de la marche à laquelle M. Regis donnait le nom de *dromomanie,* semble bien étrange : elle est cependant plus commune qu'on ne le croit. Il y a à Paris de pauvres malades qui se font construire dans la cour de leur maison une piste cimentée sur laquelle ils marchent à pied pendant des heures, quand ils ne peuvent pas faire des kilomètres sur la grande route. Sous une forme plus dissimulée la même impulsion se retrouve très souvent aujourd'hui dans cette manie des sports qui abrutit tant de névropathes. Il y a là comme dans la suralimentation un danger dont le médecin neurologiste doit être averti et c'est pourquoi il est bon qu'ils méditent des cas où la folie est aussi visible que dans celui de notre malade.

En dernier lieu je voudrais rapprocher des cas précédents les malades qui éprouvent *le besoin de se faire souffrir* et cela pour se faire du bien, pour se remonter eux-mêmes. Dans plusieurs de ces cas il ne s'agit que de petites souffrances, des pincements, des tiraillements de la peau, des écorchures qui semblent leur procurer un soulagement. Cha... (105), jeune femme de 24 ans, présente un singulier aspect quand elle enlève devant nous sa belle perruque blonde. Sur son crâne dénudé ne se trouvent que quelques rares mèches de cheveux courts, séparés par de larges plaques absolument nues, surtout en avant et à l'occiput. On est convaincu au premier abord qu'il s'agit d'un cas remarquable de pelade : on est étonné d'apprendre que les médecins des maladies de peau refusent de la soigner et la renvoient aux neurologistes. C'est qu'en effet les cheveux ne sont pas tombés tout seuls : depuis 18 mois cette pauvre fille les arrache un à un et les mange. En ce court espace de temps elle a dévoré toute une forte chevelure. Ce besoin singulier ne survient que par périodes chez une fille assez raisonnable du reste et qui semble bien équilibrée mais par moments elle n'est plus capable de résister à ce désir

de s'arracher les cheveux et de sentir la petite douleur qui en résulte. Ce cas nouveau pourrait être rapproché de tout ces malades que j'ai déjà décrits, qui s'arrachent les cheveux, les cils, les ongles, qui se déchirent des petits morceaux de la peau, etc., etc.[1].

Quelquefois l'impulsion à se faire souffrir devient bien plus intéressante quand il s'agit de grandes douleurs, que d'ordinaire on ne voudrait pas affronter. Cette jeune fille de 20 ans, Ne.., a les mains et les pieds enveloppés de bandages et ressemble plus à une grande blessée qu'à une névropathe. Sous les pansements on trouve une quantité de graves brûlures, les unes récentes, avec des cloques, d'autres en suppuration, d'autres presque cicatrisées. Les parents de cette jeune fille désespèrent de guérir ces plaies, à peine l'une est-elle en voie de guérison qu'une autre plus grave réapparait à côté, car la jeune fille ne peut pas s'empêcher de se brûler les mains et les pieds. Son bonheur consiste lorsqu'elle est seule à prendre une bouillotte d'eau bouillante et à faire tomber des gouttes une à une sur la peau de ses membres. Si elle ne peut trouver d'eau bouillante elle se borne à mettre ses doigts sur le poêle jusqu'à ce que la peau soit largement brûlée. Bien mieux, si on la déshabille, on constate sur ses cuisses de longues cicatrices circulaires d'aspect chéloïdien. Elle avait serré des ficelles autour de ses cuisses et les avait gardées pendant plusieurs semaines jusqu'à ce que la peau fût sectionnée. Avant d'en arriver à de pareils supplices, elle avait cherché simplement à se supprimer le boire et le manger. Elle s'interdisait d'aller à la selle ou d'uriner pendant un très longtemps, elle maintenait pendant des heures ses bras et ses jambes repliés dans des positions fatigantes et douloureuses, etc. : peu à peu elle a perfectionné ses procédés. C'est là direz-vous, une aliénée qui présente un délire mystique et qui est anesthésique. En aucune façon, c'est une jeune fille intelligente et instruite, qui ne présente aucune confusion mentale et qui a conservé toutes ses sensibilités. Elle se cache la figure et pleure quand on découvre ses plaies, elle dit qu'elle est honteuse de laisser voir les absurdités qu'elle a commises : « mais que voulez-vous, je ne croyais pas que ce serait si grave, ni que les traces s'en verraient si longtemps. J'espérais que tout se bornerait à la douleur ; quand je

1. *Névroses et Idées fixes*, 1898, II, p. 388, 390.

commence à me laisser aller je ne puis plus m'arrêter. Je suis désolée que mes blessures causent tant de tourments à ma famille, je ferais pour elle le sacrifice pénible d'y renoncer, mais j'ai tant de peine à résister à ce goût de me faire du mal. Il me faut tant de courage pour ne pas recommencer. » Elle fait tous les serments possibles exactement comme un dipsomane, mais il ne faut pas y croire et il faut bien la surveiller, car dans quelques semaines elle va recommencer à se faire d'abord une petite douleur et, comme l'appétit vient en mangeant, elle ne résistera pas au plaisir de se faire une grande blessure.

Ces impulsions que nous venons de décrire sont différentes en apparence dans leur objet : l'une porte sur le désir de boire, les autres sur le désir de manger, sur le besoin de marcher indéfiniment ou sur un appétit singulier de la souffrance ; mais il y a déjà des caractères cliniques communs, l'apparition périodique de ce besoin, son irrésistibilité, la satisfaction consécutive, les remords du sujet et ses bonnes résolutions inutiles. Il y a certainement une unité psychologique qui se dissimule sous ces phénomènes si divers, et cette unité, comme nous le verrons de plus en plus, dépend du besoin de s'exciter, de se remonter, de se guérir, ce qui rattache ces impulsions aux idées hypocondriaques.

Nous pouvons résumer les diverses obsessions et les diverses impulsions qui viennent d'être énumérées et dont nous avons analysé le contenu par le tableau suivant.

CONTENU DES OBSESSIONS ET DES IMPULSIONS

- I. — Obsession et impulsion du sacrilège.
- II. — Obsession et impulsion du crime.
  - 1. Obsession des problèmes religieux et moraux.
  - 2. Obsession du crime à forme d'impulsion.
    - Homicide.
    - Suicide.
    - Vol, etc.
    - Crimes génitaux.
    - Fugues.
    - Dipsomanie, etc.
    - Résistance à des devoirs.
  - 3. Obsession du crime à forme de remords.
    - De fautes religieuses.
    - D'homicide, de vol, etc.
    - De crimes génitaux.
    - De vocation manquée.
- III. — Obsession et impulsion de la honte de soi.
  - Honte des actes.
  - — des sentiments.
  - — de l'intelligence (forme de la folie du doute)
  - Obsession de dépersonnalisation.
  - — de déjà vu.
  - — de la folie.
  - — de l'envie.
  - — amoureuse.
- IV. — Obsession et impulsion de la honte du corps.
  - Honte d'engraisser, de grandir, de se développer.
  - — et gêne des mouvements du corps.
  - — des traits du visage, de la moustache.
  - — de rougir.
  - — des mains (certaines crampes des écrivains).
  - — de la marche.
  - — des fonctions de nutrition.
  - — de la miction.
  - — des gaz intestinaux.
  - — des fonctions génitales.
- V. — Obsessions et impulsions hypocondriaques.
  - Obsession de la mort, des pompes funèbres.
  - — des maladies génitales.
  - — des maladies de poitrine, etc.
  - Dipsomanie.
  - Morphinomanie, etc.
  - Érotomanie.
  - Boulimie.
  - Impulsion à la marche.
  - — à se blesser, etc.

7. — *Caractères communs de ces obsessions.*

En examinant le contenu des obsessions des scrupuleux, c'est-à-dire seulement le sujet sur lequel portent ces pensées obsédantes, j'ai cru pouvoir les répartir en cinq groupes : les obsessions sacrilèges, les obsessions criminelles, les obsessions de la honte de soi, les obsessions de la honte du corps et les obsessions hypocondriaques. Mais il ne faudrait pas en conclure que ces idées sont tout à fait différentes les unes des autres et que leur réunion chez les malades du même genre peut être attribué au hasard. Il en est ainsi quelquefois chez les hystériques dont les idées fixes très diverses ont peu de points communs, surtout si l'on ne considère que leur contenu. L'un rêve à un incendie, l'autre à la figure de son amant, la troisième est obsédée par le souvenir du goût des navets qu'elle a mangés à la pension, et la quatrième par la peur d'engraisser comme sa mère : les sujets des méditations pathologiques n'ont pas de caractères communs. Chez les scrupuleux au contraires, malgré une assez grande diversité apparente, les sujets des obsessions sont analogues.

On peut assez facilement les rattacher les uns aux autres. Le sacrilège n'est qu'une exagération du crime, la honte de soi est naturellement voisine de la pensée du crime. Il ne faut pas croire que les obsessions corporelles, la honte du corps par exemple, soient isolées. Dans les descriptions d'éreutophobie on note souvent la honte morale qui accompagne l'idée de rougir « la malade rougit ou a l'obsession de rougir, remarque-t-on dans une observation, quand on parle devant elle d'actes indélicats, ou si elle est devant des hommes dont il lui semble qu'elle pourrait être la maîtresse[1] ». Parmi nos malades, Ul... qui a peur des convulsions du visage a surtout « peur de paraître folle ». L'hypocondrie, comme on vient de le voir, se rattache à la crainte de faire des sottises, elle se rattache aussi à la honte. Gbl..., femme de 36 ans, qui a l'obsession « du rhumatisme dans les mains », ne craint pas seulement la souffrance, elle est « humiliée à la pensée de laisser voir des mains et des pieds qui

1. Boucher, Erythrophobie. *Congrès de médecine mentale*. Rouen, août 1890 ; *Semaine médicale*, 1890, p. 292.

grossissent ». Toutes ces obsessions sont donc voisines les unes des autres et il est facile de mettre en évidence des caractères communs.

1° Il est facile de remarquer que ces idées ne portent pas sur des objets du monde extérieur, mais portent toujours sur des actes du sujet. Une hystérique comme Ze... a vu mourir son père, elle a depuis deux ans une obsession terrible qui se présente sous forme d'une hallucination complète : c'est celle de la tête de son père telle qu'elle était sur son lit de mort. Son délire consiste dans la contemplation d'un objet, la tête de son père, sans aucune autre préoccupation. Dans ses attaques, elle hurle : « La tête à papa, la voici encore, elle me regarde, oh ! comme elle est jaune... » elle ne fait que des descriptions. En est-il de même chez nos scrupuleux ? Beaucoup d'auteurs n'hésitent pas à l'accepter, ils considèrent ces malades sous un aspect particulier, ils accordent toute leur attention à certaines manifestations extérieures du délire plutôt qu'à l'état psychologique inférieur du malade. Ce qui les frappe surtout, c'est que ces malades refusent de toucher certains objets et manifestent des signes d'émotion, des terreurs quand on veut les forcer à faire usage de ces objets. Ce point de vue est mis en évidence par le mot même dont ces auteurs se servent pour désigner ces malades ; plusieurs de ceux que je viens de décrire seraient appelés par eux des *phobiques*. Ce mot de *phobie* mettrait en relief chez le malade : 1° l'émotion qu'il éprouve et 2° le rapport de cette émotion avec un objet du monde extérieur. Il est clair que cette remarque est en grande partie juste et dans les descriptions précédentes on a déjà relevé bien des cas de phobies, d'abord des phobies vulgaires : Mb..., Vod..., Wks..., Brk..., Vis..., Ger..., etc, ont la phobie des couteaux et surtout des couteaux pointus ; c'est d'ailleurs une manifestation banale qu'on retrouve chez toutes ces mères de famille obsédées par la pensée de tuer leurs enfants ; Qei..., Kl..., Gye..., ont la phobie des aiguilles ou des épingles : ce sont là des cas de phobie classique. On en trouverait dans les cas précédents bien d'autres plus curieux : Claire, cette jeune fille qui prétend avoir l'hallucination du membre viril, a la phobie des bouteilles, Lod... a la terreur des crachats par terre sur le trottoir, Jean, le type du scrupuleux génital, a la phobie des voitures et surtout des tramways. Dans les chapitres suivants nous étudierons spé-

cialement la forme sous laquelle ces obsessions se présentent et nous aurons alors à signaler bien d'autres cas de phobies dont quelques-uns sont bien singuliers. Il est donc juste de dire avec les auteurs auxquels je faisais allusion que ces malades sont par un certain côté des phobiques.

Cependant je préfère les appeler des *scrupuleux* et je crois que ce mot met en évidence un autre point de vue. Il attire l'attention sur les troubles de la volonté et sur les idées que le malade se fait de ces troubles de volonté. Je crois, en effet, que ces phobies sont, au moins pour les cas que je considère, des phénomènes tout à fait secondaires, qu'ils forment ces sortes d'idées fixes secondaires que j'ai déjà eu l'occasion d'étudier. Nous verrons en examinant ces phobies qu'elles se développent par association d'idées : l'objet extérieur ne fait ici que rappeler par sa forme comme la bouteille qui fait penser au membre viril, par son usage comme le couteau qui fait penser au meurtre, par contiguïté, par consonance du nom, etc., l'idée principale dont le malade était obsédé longtemps avant d'avoir eu ses phobies. Comme il vaut mieux faire cette discussion plus complètement au moment où j'étudierai toutes les émotions, tous les troubles variés qui s'associent avec le développement de l'idée fixe, il suffit de faire maintenant une remarque plus simple.

Les malades viennent de nous présenter un assez grand nombre d'obsessions qu'ils décrivent eux-mêmes comme étant le fait principal de leur maladie. Ce sont ces obsessions-là qu'il faut, pour le moment, nous borner à étudier. Peut-on dire qu'elles portent régulièrement sur un objet extérieur ainsi qu'il arrive si souvent dans les hallucinations et les obsessions des hystériques. Si l'on considère le groupe des obsessions criminelles qui est ici le plus simple, il est visible que la préoccupation ne porte qu'indirectement sur un objet, mais qu'elle porte surtout sur une action. Le sujet est toujours poussé à commettre des crimes ou croit en avoir commis, c'est-à-dire qu'il se sent entraîné à certaines actions ou croit les avoir faites. L'obsession est ici d'une manière incontestable l'obsession d'un acte du sujet. J'ai essayé de montrer qu'il en est de même pour les obsessions hypocondriaques ; le malade, au moins celui dont je m'occupe, ne pense pas à des accidents physiques indépendants de sa volonté, mais toujours à des fautes ou à des imprudences qu'il peut commettre lui-même. C'est encore une préoccupation qui a rapport à des actes.

On pourrait croire qu'il n'en est pas tout à fait de même dans les obsessions sacrilèges où certains sujets en très petit nombre ont sous les yeux des spectacles auxquels ils ne paraissent pas mêlés. On... voit l'âme de son oncle dans les cabinets, Claire voit le membre viril souillant une hostie. Remarquons d'abord que ces formes de l'obsession sacrilège qui sont les plus curieuses sont les moins fréquentes. Dans les autres observations, les malades pensent à vouer leurs enfants au diable, à cracher sur des hosties, à donner le vin de la messe à un petit chien, à agir, en un mot. Mais même dans ces deux cas, la différence est plus apparente que réelle. Ce qui désespère On... c'est que c'est lui-même qui met l'âme de son oncle dans les cabinets : « Comment puis-je en arriver à *penser* une chose pareille... *je devrais moins que tout autre imaginer* de telles choses. » Dans le cas de Claire, je n'ose affirmer, car ses aveux sur ce point délicat sont loin d'être précis ; mais il est bien probable qu'elle collabore à la profanation des hosties. Elle répète toujours : « C'est horrible de me laisser aller à de telles choses » ; et s'il ne s'agissait que d'un pur spectacle elle n'aurait pas à se reprocher « de coupables complaisances ». Enfin, il faut remarquer que de tels tableaux ne se présentent que chez des malades fort avancés dans leur délire. Pendant longtemps ces malades ont rêvé à des actions sacrilèges : « regarder dans les églises les parties de Dieu, les chercher sous le linge qui voile le Christ, etc. » Le tableau n'est venu plus tard que comme un symbole qui résume des actions odieuses.

Dans un groupe très considérable, nous avons remarqué des obsessions de honte qui ne portent pas précisément sur les actions, mais sur toute la personnalité physique et morale. Il me semble que ces obsessions ne doivent pas être séparées des précédentes. D'abord elles se présentent chez des malades qui ont en même temps les autres obsessions plus caractéristiques. Claire, qui présente si bien l'obsession de honte pour son esprit, présente en même temps un type d'obsession sacrilège. Mb..., en même temps qu'elle est mécontente de son intelligence, a des obsessions criminelles. D'autre part j'espère montrer dans une prochaine étude que ces obsessions sont surtout caractérisées par la forme qu'elles revêtent : elles s'accompagnent de doute, d'interrogation, d'hésitation, de compensation, d'expiation, de promesses, de serments, etc. Or ces formes si curieuses se retrouvent chez tous ces malades. Nadia, dont l'obsession principale est

la honte du corps, fait continuellement à ce propos des serments et des pactes, comme Lise qui a des obsessions nettement sacrilèges. Enfin ces diverses idées se rattachent assez bien les unes aux autres. La personnalité physique et la personnalité morale se rapprochent intimement dans notre esprit ; si l'on est content de son esprit, on est content de sa figure et inversement ; d'autre part on connaît les relations étroites entre la volonté et la personnalité, si bien que la critique des actes devient vite une critique de la personne.

Je crois donc que l'on peut sans hésiter généraliser et dire que le délire des scrupuleux porte surtout sur leurs propres actes : ce sont *des obsessions relatives à leur volonté* et à leur personne.

2° Il est aussi intéressant de constater que ces actions dont la pensée est obsédante et en même temps impulsive sont des *actions mauvaises*. Le plus souvent, quand il s'agit de sacrilèges et de crimes, ce caractère est incontestable. Mais on peut être embarrassé quand il s'agit d'impulsions à des actes que rien ne condamne, comme d'entrer au couvent et de faire confesser son mari. Il faut alors élargir le sens du mot mauvais : il ne s'agit pas uniquement d'actes condamnés par la morale, mais d'actes condamnés par le sujet lui-même, d'actions qui lui sont odieuses, qui lui paraissent ridicules, en un mot qu'il ne voudrait pas faire. Sur ce point l'affirmation de tous les malades est des plus précises : on peut lire à ce propos une bien intéressante étude publiée par M. Josiah Royce dans la *Psychological Review*, sur un grand auteur mystique anglais John Bunyan qui est en même temps un beau type du délire de scrupule. Bunyan est « tenté » de blasphémer contre Dieu, d'adorer le diable ; comme il le remarque lui-même, le tentateur est une sorte d'inversion de conscience insistant sur tout ce qui est le plus opposé à ses intentions pieuses[1]. Désire-t-il prier Dieu, il a des distractions, il rêve à des images bizarres, à celles d'un taureau, d'un balai, et il est tenté de leur adresser ses prières. La tentation porte toujours sur l'action la plus opposée à ce qu'il désire faire à ce moment.

Il en est ainsi pour tous nos malades. Vi... conduit son enfant à l'école et veut aller le rechercher, car elle est très inquiète à propos de son retour dans les rues de Paris. Elle se demande si elle

1. Josiah Royce, The case of John Bunyan. *Psychological Review*, 1894, p. 143.

n'a pas dit à une femme suspecte d'aller le chercher. Elle aime son mari par-dessus tout, aussi craint-elle de trahir ses secrets, de le tromper avec le premier venu, de faire signe par la fenêtre aux passants pour qu'ils montent. Vod..., Wks..., adorent leurs enfants, et c'est toujours leurs enfants qu'elles pensent à tuer, à faire bouillir, à donner au diable. D'après les obsessions de ces femmes scrupuleuses, on peut toujours deviner qui elles aiment mieux de leurs maris ou de leurs enfants. Je demande à Vod... pourquoi elle veut toujours tuer sa petite fille et ne songe pas à tuer son mari, et elle ne peut s'empêcher de rire en disant : « Oh, mon mari, je ne l'aime pas assez pour penser à le tuer. »

Quand il s'agit de jeunes filles, on peut deviner le degré de leur pudeur d'après la nature de leurs obsessions : quand elles parlent des « parties de Dieu », des hosties souillées, de crimes contre nature, c'est qu'elles sont parfaitement chastes. Les autres n'ont plus de préoccupations sur ce sujet et songent à tuer leur mère ou à voler. « C'est bien simple, me disait Qes..., je suis poussée à tuer ce que j'aime le mieux, je veux tuer ma mère parce que je n'ai qu'elle ; si j'avais un mari, je voudrais le tuer ; si j'aimais un petit chien, je voudrais tuer ce petit chien. » En un mot elles sont toujours obsédées par la pensée qui leur fait le plus horreur.

M. Paulhan a fait une remarque analogue à propos du délire du doute quand il a dit que les idées de ces malades sont dues à l'exagération de l'*association par contraste*[1]. Dans un travail précédent[2] j'ai eu l'occasion de discuter cette théorie ; je dois aujourd'hui relever dans ma discussion une erreur partielle.

Sans doute j'avais raison de faire observer que les malades analysées dans cette étude, telles que Marcelle, et dans un des chapitres suivants, Justine, ne justifiaient pas la remarque de M. Paulhan. Leurs idées fixes en rapport avec des émotions antérieures, développées par un mécanisme analogue à celui de la suggestion, n'obéissaient pas à la loi du contraste et n'étaient nullement en opposition avec les désirs actuels des sujets. Mais ces malades formaient un groupe particulier, celui des hystériques suggestibles, et j'ai eu tort de généraliser une remarque qui s'appliquait à ce groupe particulier. Les scrupuleux que nous étudions maintenant forment un autre groupe très distinct du

1. M. Paulhan, *L'activité mentale et les éléments de l'esprit*, 1889, p. 341-357.
2. *Névroses et Idées fixes*, 1898, I, 32.

premier et on peut dire que chez eux les obsessions forment un contraste frappant avec leurs tendances dominantes. Reste à voir si elles doivent leur origine à l'association par contraste. Nous ne devons maintenant retenir qu'une seule chose, c'est que ces obsessions portent sur des actes et des actes mauvais, c'est-à-dire en opposition non avec la morale commune, mais avec les désirs et les volontés du sujet; le malade est obsédé par la pensée d'un acte qu'il ne voudrait pas faire.

3° Le troisième caractère qui me frappe dans le contenu de ces obsessions est plus difficile à exprimer, bien qu'il soit très curieux et probablement très important dans cette maladie. Les actes dont la pensée obsède les malades sont des *actes extrêmes*. Ce sont les actes les plus sacrilèges, les plus criminels, les plus dangereux, en un mot les plus odieux qu'il leur soit possible de concevoir. C'est une conception qui est poussée dans un certain sens jusqu'aux plus extrêmes limites.

Il est visible que ces pauvres gens cherchent toujours à préciser, à grossir le crime auquel ils pensent. On les ennuie fort quand on conserve un air calme et indifférent pendant qu'ils énumèrent leurs impulsions; ils cherchent alors à ajouter des circonstances horribles pour provoquer notre indignation. Z..., qui est un homme de trente ans, avoue en tremblant qu'il est poussé à commettre le péché d'amour avec une femme. Je lui réponds tranquillement qu'à son âge cela me paraît assez naturel. Il se hâte d'ajouter : « Mais, Monsieur, je me représente que la chose se passe sur un banc. — Eh bien, soit. — Mais vous oubliez, répond-il en colère, que ce banc est devant une église. » Jean, qui a de même des impulsions génitales, se consolerait encore s'il était poussé à aimer des jeunes femmes qui soient jolies, mais il a des impulsions érotiques pour des femmes louches, laides et très âgées. « Un jour deux jeunes filles sont venues nous voir, l'une d'elles m'a beaucoup plu et après son départ j'étais tourmenté par la pensée que j'étais marié avec elle. — Il n'y a pas grand mal à cela. — Mais, Monsieur, vous ne vous figurez pas que cela m'a donné des impulsions épouvantables : je rêvais que j'avais des rapports avec leur mère, avec ma belle-mère ! ! ! » Au bout de quelque temps d'ailleurs, l'impulsion se développe toujours dans le même sens et il est désolé parce qu'il pense maintenant à sa propre mère. Quand il s'agit de meurtre, ce sont des

crimes « contre des petits enfants sans défense que me conseille le diable », dit Brk... ou « l'assassinat d'un vieillard de quatre vingt-quatre ans », dit Za..., et ils inventent des raffinements de cruauté et de lâcheté. Toujours ils cherchent à aller le plus loin possible dans cette conception du crime.

Certains d'entre eux se rendent compte de ce besoin singulier. Je demandais à Lise pourquoi depuis quelques années elle conservait toujours la même idée, celle de vouer ses enfants au diable, tandis que auparavant elle changeait assez souvent d'obsessions. « C'est, me dit-elle, que je ne puis pas faire mieux : comme je pousse toujours mes idées à l'infini, s'il y avait une chose plus terrible, j'y penserais. Vouer mes enfants au diable, c'est le plus que je puisse faire pour le moment. » Une autre malade nous montre un exemple curieux de cet effort pour arriver à l'extrême. Ger... me répète sans cesse qu'elle est poussée à offenser Dieu par un péché horrible et elle ne précise jamais quel est ce péché. J'insiste vivement pour savoir de quoi il s'agit et j'énumère des crimes avoués d'ordinaire par les scrupuleuses. « Voulez-vous faire cuire vos enfants ? — Non, ce n'est pas cela. — Tromper son mari avec le diable ? — Non, ce ne serait rien. — Voler et souiller des hosties consacrées ? — Mais non, pis que cela. — Alors j'y renonce ; dites-moi quel est ce crime. — C'est un péché qui n'aurait jamais existé, que personne n'aurait encore fait, auquel personne n'aurait pu encore penser ; eh bien, c'est ce péché-là que je suis poussée à faire. — Mais encore quel est ce péché ? — Je n'en sais rien. » Peut-on avouer plus naïvement cet effort impuissant de l'imagination ?

Ce sont des gens qui font des efforts désespérés, qui se torturent l'imagination pour arriver à l'abominable, bien que presque toujours ils échouent dans le grotesque. Cet état d'esprit est assez bien décrit par l'auteur de « *A rebours* » et de « *Là-bas* ». En écoutant nos sacrilèges, on pense à ce chanoine « qui nourrit des souris blanches avec des hosties consacrées et qui s'est fait tatouer sous la plante des pied, l'image de la croix, afin de pouvoir toujours marcher sur le Sauveur[1] ». Cette disposition à la recherche de l'extrême est évidente dans les obsessions des scrupuleux, elle me

1. Huysmans, *Là-bas*, p. 297. Dans le même ouvrage, un passage curieux sur l'imagination des crimes nouveaux, compliqués d'inceste, de crimes contre nature et de sacrilège, se rapporte au même état d'esprit (p. 258).

paraît un caractère essentiel qu'il faut constater avant de chercher à l'interpréter.

4° A ces caractères s'en ajoute un autre qui me paraît découler des précédents, mais comme il porte sur l'origine des idées et que tout ce travail est destiné à mettre cette origine en évidence, il faut se borner à l'énoncer maintenant d'une manière hypothétique. Les idées fixes que nous avons étudiées autrefois chez des hystériques avaient un contenu déterminé par les circonstances extérieures. Sans doute la condition essentielle de l'idée fixe était un certain état d'esprit du sujet qui le rendait éminemment suggestible ; cet engourdissement, cette diminution des fonctions cérébrales qui déterminait le rétrécissement de l'esprit et la suggestibilité était le caractère essentiel de l'état mental hystérique. Mais la nature particulière de l'idée fixe, la pensée d'un incendie ou l'image d'un mort était la conséquence des circonstances extérieures qui avaient déterminé une émotion et une suggestion à propos d'un incendie ou à propos d'un mort[1]. De telles idées déterminées par le mécanisme de la suggestion pouvaient être appelées des *idées fixes exogènes*.

Eh bien, une pareille origine peut-elle être attribuée au contenu des obsessions chez les scrupuleux? C'est ce que les malades ou leurs parents supposent bien souvent : Ls... pense que ses idées sacrilèges sont nées à propos des conversations philosophiques qu'aimait à faire son père. Les parents de We... restent convaincus, malgré ses affirmations, que la maladie de leur fille a été produite au couvent par l'enseignement des religieuses. J'hésite beaucoup à accepter cette interprétation. Sans doute les circonstances extérieures jouent un rôle : les femmes qui n'ont pas d'enfants ne songent pas à les vouer au diable. Mais ces circonstances banales qui consistent à avoir des enfants, à entendre de temps en temps une conversation philosophique, a être élevé par des religieuses suffisent-elles pour faire naître un délire pareil ? D'autre part, si le délire venait surtout de l'extérieur, comment aurait-il des caractères communs si remarquables chez tous les malades, pourquoi porterait-il toujours sur des actes, des actes mauvais, des actes extrêmes, et comment serait-il étroitement en

1. Voir à ce propos de nombreux exemples de ces idées fixes accidentelles par suggestibilité : *Névroses et Idées fixes*, 1898, I, 173

rapport avec le caractère individuel du sujet? Le contenu des obsessions, tout en gardant ses caractères communs, n'est pas le même chez la mère de famille, chez l'homme adulte, ou chez la jeune fille. Si je puis employer une expression vulgaire, il semble que ces malades jouent au jeu des combles et à la même question répondent tous différemment, suivant leur sexe, leur âge, leurs conditions sociales. « Quel est pour vous le comble du crime? — Jeter sur ma petite fille l'eau bouillante qui est sur le feu, répond la mère de famille habituée aux travaux du ménage; vouer mes enfants au diable, répond la mère d'un milieu sociale plus élevé. — Et pour vous quel est le comble du crime? — Mettre l'âme de mon oncle dans les cabinets, répond l'homme reconnaissant; souiller les hosties par l'acte sexuel », répond la jeune fille. Cette modification de la réponse qui garde les mêmes caractères communs, tout en s'adaptant si bien au caractère individuel, peut-elle s'expliquer par l'action des circonstances extérieures sur un esprit suggestible?

On peut donc se demander si les idées fixes sont toujours exogènes et si certaines catégories d'idées fixes ne mériteraient pas le nom d'*endogènes*. Leur contenu ne pourrait-il pas être inventé par le sujet lui-même, en vertu de certaines lois différentes de celles de la suggestibilité? Ces idées ne seraient-elles pas l'*expression* d'un trouble profond dans le fonctionnement cérébral que le malade ressent et qu'il traduit d'abord par des sentiments particuliers et ensuite par des idées obsédantes qui résument et expriment ce sentiment? Dans le cas du délire du scrupule en particulier, le malade n'est-il pas obsédé par des pensées particulières relatives à ses actes, parce qu'il a réellement des troubles de la volonté et parce qu'il a une certaine conscience de ces altérations de la volonté?

L'étude du contenu des obsessions chez les scrupuleux nous amènent simplement à poser ces problèmes; il faut continuer l'étude de la forme que présentent ces obsessions et de l'état psychologique sur lequel elles se développent, pour préparer un peu sa solution.

DEUXIÈME SECTION

LA FORME DES OBSESSIONS

Pour établir le diagnostic d'une affection mentale il ne suffit pas de savoir le sujet ordinaire des préoccupations des malades, c'est-à-dire le contenu des obsessions, il faut encore étudier de quelle manière se présentent ces préoccupations, à quelles lois elles obéissent dans leur apparition et leur évolution, en un mot il faut examiner la forme psychologique que revêtent ces pensées obsédantes. Pour bien comprendre ce problème, considérons certaines idées fixes des hystériques qui déterminent de grandes fugues de plusieurs mois complètement oubliées par les malades après leur exécution. Ces idées ne se manifestent que pendant des somnambulismes ou dans des écritures subconscientes, elles semblent tout à fait absentes de la conscience normale du sujet qui les ignore. Ces idées fixes ne sont-elles pas totalement différentes dans leur forme psychologique de celles du persécuté qui connaît parfaitement son délire, qui est convaincu de sa réalité et qui a systématisé toutes ses pensées et toutes ses actions autour de la croyance à telle ou telle persécution. Cette opposition entre des idées dissociées qui se développent isolément en dehors de la vie consciente du sujet et ces idées complètement systématisées qui sont au contraire devenues le centre de toutes les pensées est d'une importance capitale pour interpréter toute la maladie. Aussi doit-on appliquer cette recherche aux obsessions des scrupuleux et voir quelle place elles occupent dans la pensée, le degré et la forme de leur développement.

Pour étudier les caractères psychologiques qui revêtent ces obsessions, les lois de leur apparition et de leur développement, il est nécessaire de faire quelques distinctions. Les malades ne restent pas toujours à la même période de leur maladie ; ils peuvent traverser des états de trouble très grand ou se rapprocher de l'état normal. Dans ces diverses périodes leurs obsessions ne conservent pas toujours les mêmes caractères et une description

ne pourrait pas impunément être appliquée à tous les accidents des scrupuleux. Je mettrai donc de côté, pour les examiner plus complètement quand j'étudierai l'évolution et les complications de la maladie, des états aigus, des périodes de délire grave qui peuvent malheureueement survenir au cours de la maladie. Le grand caractère de tels états, c'est que le malade a perdu à peu près complètement le pouvoir de critiquer ses obsessions, de leur résister, qu'il s'abandonne à son délire. Ces états se rapprochent de la mélancolie anxieuse ou des diverses formes de la confusion mentale : ils nous font entrer dans le domaine d'autres maladies mentales. Ces états peuvent aussi résulter du développement très exagéré de la maladie des obsessions chez certains sujets particuliers qui sont malades depuis longtemps ; car il existe chez quelques malades un véritable délire psychasthénique. Je crois qu'il faut considérer ces états délirants comme des accidents survenant au cours d'une maladie du scrupule, accidents dont il faut discuter la possibilité et la fréquence, mais qui ne constituent pas l'état normal de ces malades.

D'autre part, tantôt par l'évolution naturelle de la maladie, tantôt sous l'influence de certains traitements, ces idées fixes peuvent se réduire, diminuer d'importance ou perdre leur précision. Le malade sent encore qu'il est tourmenté par quelque chose, qu'il est obsédé. Il pourrait par un léger effort retrouver l'idée qui le tourmente, mais il sait qu'il faut éviter cette recherche et il n'a qu'une notion vague de cette idée qui l'obsède, c'est l'*état vague* de Lise, c'est l'*état implicite* de Jean. Cet état fait encore partie de la maladie, mais c'est un degré effacé, estompé que l'on ne peut prendre comme objet principal de l'étude.

Dans cette description des caractères psychologiques de l'obsession du scrupuleux, je considérai donc en premier lieu le degré moyen du développement de ces idées qui est d'ailleurs de beaucoup le plus fréquent et le plus important. On le reconnaitra aux caractères suivants. L'idée est assez nette et assez précise pour que le sujet sache très bien ce qui l'obsède, et cependant l'intelligence du malade reste assez entière pour que celui-ci puisse critiquer l'obsession et en reconnaître au moins en partie l'absurdité.

En effet, le caractère essentiel de ces idées maladives est si frappant qu'il a presque toujours été bien mis en évidence dans les termes mêmes qui servent à les désigner. On se sert souvent

pour décrire cette maladie de deux termes associés, c'est, dit-on, une *folie lucide*, un *délire avec conscience*, une *obsession consciente*.

Cette association des termes « folie » et « lucidité » provoquait autrefois l'indignation du Dr Thulié[1] quand il critiquait la « manie raisonnante » du Dr Campagne ; elle est pourtant légitime et exacte. Le premier de ces termes se comprend facilement, il désigne une idée qui s'impose au malade et se développe dans son esprit d'une manière automatique sans rapport ni avec les circonstances extérieures ni avec la volonté du sujet. Le second, le mot « conscient » est, comme je l'ai déjà souvent remarqué, assez malheureux à cause de l'anbiguïté du mot conscience : ce mot dans le langage psychologique signifie que le sujet connaît son idée, qu'il la constate, qu'il en a la perception personnelle, il s'oppose aux termes « inconscient, subconscient » qui s'appliquent à des phénomènes ignorés du malade. Or, dans le cas présent, on veut dire que le malade juge son idée, l'apprécie au point de vue de sa réalité, de son rapport avec ses autres croyances. On veut donc désigner une opération intellectuelle beaucoup plus élevée que la simple conscience psychologique : si l'on pouvait changer l'usage il vaudrait mieux dire qu'il s'agit d'obsession avec jugement, d'obsession contrôlée ou critiquée par le malade.

Quoi qu'il en soit, ces deux mots appliqués aux scrupuleux sont extrêmement justes. Le malade est obsédé, tourmenté par une idée qui s'impose à lui sans qu'elle soit justifiée par les circonstances sans que le sujet la recherche lui-même. C'est une idée envahissante comme un délire ou une suggestion et cependant le malade n'accepte pas cette idée avec la conviction d'un persécuté ou d'un individu suggestionné. Au moins jusqu'à un certain point il sent comme nous que son idée est absurde, il la juge et la repousse, c'est une *obsession avec critique*.

Il résulte de cette remarque générale que ces idées peuvent être examinées à deux points de vue : 1° le point de vue positif, qui présente leur caractère obsédant et maladif, leur puissance pour tourmenter le malade ; 2° le point de vue négatif nous montre l'arrêt de ces idées, le point auquel termine cette puissance. Nous retrouverons ces deux points de vue dans tous les caractères des obsessions, dans leur *permanence*, dans leur *puissance impulsive*,

1. Dr Thulié, *La manie raisonnante du Dr Campagne*, 1870.

dans leur *représentation hallucinatoire,* dans le *degré de croyance* qui les accompagne.

1. — La permanence et l'évocation de l'obsession.

Un certain nombre de caractères séparent les idées pathologiques de nos scrupuleux des idées ou des pensées d'un homme normal, ce sont ces caractères qui les rendent obsédantes.

Au premier rang il faut placer la durée de ces préoccupations. La durée de ces obsessions chez les scrupuleux peut être extrêmement longue. L'idée du démon chez Lise, l'idée sacrilège et obscène chez Claire existent chez chacune au moins depuis 12 ans. Il en est de même pour la plupart des obsessions que j'ai signalées, leur durée se compte toujours par années. D'ailleurs, si l'on en croit M. J. Falret, les obsédés de ce genre conserveraient toute leur vie la même idée malgré des rémissions apparentes. On peut dire que certaines idées se prolongent chez nous tous et qu'un savant peut poursuivre un problème pendant 20 ans. Ce caractère n'est donc pas absolument décisif. Cependant il a une certaine importance relative : étant donnés la nature des esprits et le sujet de ces idées, on doit reconnaître que d'ordinaire chez des esprits de ce genre une telle idée ne devrait pas durer 10 ans. Lise est une femme intelligente et instruite : il n'est pas vraisemblable que son attention soit naturellement employée pendant 10 ans à méditer sur l'idée de donner ses enfants au diable. D'ailleurs tous ces malades s'en étonnent eux-mêmes et ne comprennent pas pourquoi ils restent si longtemps sur le même sujet qu'ils trouvent eux-mêmes insignifiant et grotesque. Il y a donc déjà dans la durée un élément pathologique qui donne à l'idée un caractère pénible et obsédant.

Le second caractère, la *féquence des répétitions* est ici plus net encore. Claire prétend qu'elle a 200 fois par jour son image de l'hostie et du membre viril. Lise est convaincue que sa préoccupation est perpétuelle et ne l'abandonne même pas pendant la nuit. Celle-ci a en effet le sentiment que toute la nuit elle rêve au même problème et elle se réveille le matin avec le sentiment de n'avoir pas cessé d'y penser. Nous verrons par l'étude de certains malades comme Jean que même au moment où l'idée semble dis-

parue de la conscience elle subsiste cependant. Ce malade nous répète qu'il pense à sa dame d'une manière « implicite ». Même quand elle est à peu près guérie et tranquille, Gisèle sait bien que son idée, ses remords de vocation ne sont pas loin, « cette idée me gratte toujours, le regret de la vocation religieuse c'est le chat qui dort, il ne faudrait pas m'amener à y penser un peu, tout ne demande qu'à recommencer ». On voit donc que ces idées réapparaissent très souvent dans l'esprit, ne disparaissent même jamais d'une manière complète.

Ici encore on peut dire que l'attention volontaire peut maintenir notre esprit sur un même sujet. Cela est bien rare et il faudrait au moins que, par son intérêt, par l'importance que l'esprit lui accorde, une pareille prolongation de l'attention pût se justifier. Il est loin d'en être ainsi dans nos exemples.

Cette durée, cette permanence de l'idée ne doit cependant pas être considérée comme un phénomène tout à fait automatique qui se prolonge de lui-même. Le sujet prétend bien que l'idée vient d'elle-même, qu'elle persiste quoiqu'il ne fasse rien pour la conserver, quoiqu'il souhaite de tout son pouvoir sa disparition. En réalité il nous trompe ou il se trompe lui-même. Lise veut être soignée et guérie, cependant elle est très agitée à la pensée qu'elle pourrait être hypnotisable. C'est qu'elle a bien peur que pendant le sommeil hypnotique on n'efface complètement son obsession, elle y tient au fond et ne veut sacrifier que « ce qu'elle a d'exagéré ». Quand elle va réellement mieux et que l'idée a une tendance à s'effacer « il faut qu'elle cherche à y repenser pour être tranquille, je ne puis pas me décider à n'y plus penser ». En réalité pendant que je m'efforce d'effacer ces idées elle fait « un effort horrible pour ne pas les perdre et elle ne peut s'empêcher d'être heureuse quand je ne réussis pas ». Dans un léger état hypnotique qu'on détermine sur elle et dont je reparlerai, j'essaye de contredire ses idées fixes, de les dissocier, de les modifier. Cela provoque des crises de résistance excessivement curieuses. Elle s'écarte de moi avec horreur, elle se raidit en sortes de contractures, elle serre les dents pour ne pas répéter les paroles que je lui suggère. Elle supplie qu'on ne lui enlève pas des idées enseignées par l'Église. Si elle obéit un peu c'est avec toutes sortes de réserves. Elle dit bien, pour expliquer ses résistances, que c'est le diable qui résiste et non pas elle, mais en fait elle y tient elle-même beaucoup. « Quand on a vécu dix ans avec une idée on ne

peut plus s'en passer. » Aussi ne cède-t-elle que très peu et pour un moment seulement avec la plus grande crainte d'engager l'avenir. Elle se résigne simplement à remettre son idée à plus tard et se console en se disant « quand je le voudrai bien, j'y repenserai ».

Les mêmes entêtements et les mêmes résistances se reproduisent chez Claire et amènent des scènes qui sont véritablement comiques. Claire vient de me dire qu'elle est désolée de s'accuser elle-même d'immoralité, car elle sait au fond que ce n'est pas vrai. Je lui réponds en abondant dans son sens, en lui disant qu'elle est une jeune fille très estimable et que je la sais incapable de toute malhonnêteté. La voici furieuse contre moi, disant que je me moque d'elle, que je n'en pense pas un mot, qu'elle ne tolérera pas qu'on la contredise ainsi. Elle se met à pleurer et elle supplie qu'on ne lui enlève pas son dernier espoir. « Si je ne me croyais pas immorale, je ne ferais plus aucun effort pour arriver à me changer, je serais absolument perdue. » Jamais elle ne tolère au fond qu'on contredise son délire. En réalité la permanence de l'idée n'est pas chez les scrupuleux un fait aussi automatique que chez les hystériques ; il résulte d'un effort permanent pour maintenir l'attention sur une même idée ; c'est une sorte de *manie de la fixité des idées*.

Cette fréquence de l'idée est en rapport avec un autre caractère important, la facilité des reproductions. Si l'idée revient si souvent dans l'esprit c'est qu'elle est évoquée par d'innombrables phénomènes en apparence sans grands rapports avec elle. Il est toute une catégorie de malades très nombreux qui résument leurs maladies en disant qu'ils ont peur des couteaux. Cela signifie que la vue d'un couteau ou d'un instrument dangereux éveille immédiatement dans leur esprit la pensée de frapper, de tuer à coups de couteau la personne qu'ils aiment le mieux. C'est là, comme on l'a vu, une obsession criminelle extrêmement fréquente chez les scrupuleux. Il en sera ainsi pour tous les objets, pour tous les phénomènes qui peuvent être considérés comme faisant partie de l'idée obsédante à un titre quelconque, comme objet, comme instrument du crime, comme élément de l'action vertueuse ou mauvaise à laquelle songe le malade. Qes... a horreur des escaliers, des fenêtres parce que nous savons qu'elle pense au suicide. Vi... ne peut voir un puits, ni une rivière. Bor... craint les images reli-

gieuses, les églises, les hosties parce qu'elle a immédiatement des idées sacrilèges. Brk... ne peut plus voir les enfants, cela éveille l'idée de les tuer. Qd..., scrupuleuse qui se reproche de ne pas avoir bien soigné son mari, est obsédée par la pensée qu'il va avoir une fluxion de poitrine ; son obsession la prend quand il tousse ou quand il touche à son mouchoir. Za... qui se sent poussée à avaler des épingles ou à en jeter dans les aliments des autres est tourmentée par son obsession quand elle doit manger ou quand elle doit toucher à une boîte à lait. Gisèle qui a des remords de vocation parce qu'elle n'est pas religieuse souffre de cette idée à propos de tous ses « devoirs d'état ». Le fait de recoudre un bouton lui fait penser qu'elle a un ménage, qu'elle est mariée, qu'elle n'est pas religieuse. « Mon enfant est devant moi comme un remords vivant, sa vue me fait mal. »

Le point de départ de l'association peut être moins déterminé. Ce ne sera plus un objet qui entre comme partie intégrante dans l'idée, ce sera un objet qui par sa forme ou simplement par son nom ressemble à un des objets précédents : l'association se fera par ressemblance lointaine. Xa... (204) est terrifiée parce qu'une de ses bonnes s'appelle Antoinette, ce qui fait penser à l'échafaud et au crime. Claire ne peut plus voir de bouteilles ni d'objet long, sans voir le membre viril qui souille l'hostie.

Il suffira même d'une association de contiguïté dans le temps ou dans le lieu. Si l'objet a été vu à un moment où l'idée obsédait l'esprit, par le fait de cette contiguïté dans le temps il devient dorénavant capable de l'évoquer. « Si j'ai eu une idée en me lavant les mains, elles reviendra toujours dès que je verrai une cuvette. » Je pensais à mon chien enragé en traversant la place de la Concorde, dit Fi... (83) et depuis cette place m'est odieuse et je ne puis rien tolérer qui me la rappelle. » Il ne veut plus entrer dans son cabinet de travail parce que sa femme y a pénétré en portant une robe qui peu auparavant avait traversé la place de la Concorde. C'est ainsi que Lod... et Lise ont pris l'horreur de leur mobilier parce qu'elles se trouvaient sur telle ou telle chaise quand elles avaient telle ou telle idée. C'est pourquoi certains de ces scrupuleux sont améliorés, il faut le savoir, simplement quand on les change de milieu parce que tous les objets du milieu habituel ont pris une influence évocatrice. C'est pourquoi enfin ils retombent malades en rentrant chez eux. « Je retrouve toutes mes idées en rentrant chez moi comme un paquet

posé, dit Gisèle, chaque meuble en est un vrai nid. » Elle ne se rappelle les lieux et les temps que par les obsessions qu'elle avait dans ces circonstances, et en évoquant telle période de sa vie, elle retombe dans une obsession correspondante.

La facilité et la complication de ces associations d'idées peut aller encore plus loin, et l'histoire de Jean est tout à fait instructive à cet égard. Il a des obsessions relatives à la masturbation, mais tout lui rappelle la masturbation. Le nez, par exemple, lui semble avoir des rapports avec les organes génitaux parce que les odeurs sont excitantes et il ne peut plus porter un lorgnon : « c'est comme si cela me comprimait les organes. » Il ne peut plus se moucher de même qu'il ne peut plus uriner « car le mouchage ou l'urinage me font le même effet que la masturbation ».

Nous avons déjà vu que ses scrupules génitaux se sont particulièrement localisés sur deux femmes de sa connaissance. Tout ce qui peut lui rappeler l'une ou l'autre de ces deux femmes va évoquer le délire et l'on est étonné de la subtilité de l'association. Il ne peut plus marcher avec certaines bottines parce qu'il s'est aperçu une fois qu'il y avait sur elles le chiffre 49. Or la dame de ses pensées avait 49 ans quand l'obsession a commencé. Il a la peur du chiffre 58 parce qu'une autre dame est née en 1858. Il ne peut écrire de lettres parce que la correspondance le fait penser à un bureau de poste où il a vu cette personne. Il ne peut se coucher dans son lit parce que ce lit est dirigé de manière que la tête soit dans la direction de la province où se trouve l'une de ces dames ; il ne peut manger à table quand il tourne le dos au quartier Montmartre où il a rencontré l'autre. Il est effrayé par tous les noms qui commencent par un A, car ces noms évoquent la pensée d'un de ces prénoms. Le dernier incident peut dispenser d'énumérer toutes ces associations d'idées. On lui sert à table un gâteau qu'il trouve bon, et par malheur il en demande le nom. Sa mère lui répond : « C'est une Charlotte. » Une terrible crise s'ensuivit : Il avait avalé Charlotte, il avait sa tête dans l'estomac, il l'avait dans le sang, et toutes les idées érotiques étaient épouvantablement surexcitées par cette présence continuelle de Charlotte au dedans de lui-même.

Bientôt l'association semble se généraliser. Il ne suffit pas que la moindre consonance vienne faire penser à l'une de ces deux personnes. Toute femme, tout objet de la toilette féminine et même la présence de sa pauvre mère suffit à évoquer tout

le délire. Un détail quelconque capable d'évoquer la pensée de l'inconduite amène le même résultat. Il suffit qu'il ait entendu dire qu'un personnage politique n'a pas eu une mort exemplaire pour qu'il ne puisse plus voir l'Élysée, ni la Chambre des députés, ni rien de ce qui a rapport à la politique, si bien que la vue d'un kiosque de journal devient le point de départ de toutes ses méditations sur les deux femmes qui le persécutent.

Chez lui les associations d'idées ne sont pas forcément directes, elles peuvent être tout à fait indirectes et former de véritables cascades. Il est tourmenté parce qu'il a dans sa poche un indicateur des cours qui se font à Paris. Cet indicateur ne semble pourtant rien contenir de bien critique en lui-même, mais il contient l'indication des heures du cours de M. D... auquel Charlotte a été assister une fois quand elle est venue à Paris il y a 3 ans. L'incident provoqué par le gâteau qui s'appelait une Charlotte recommence dans des circonstances plus complexes : Jean est très tourmenté parce que : 1° il a mangé du pain ; 2° que ce pain vient d'un certain boulanger ; 3° lequel boulanger a été recommandé à sa mère par un ami ; 4° dont la femme est morte récemment un certain jour ; 5° qui était précisément l'anniversaire du jour ; 6° où il a commencé a être tourmenté relativement à Charlotte. Dans ces conditions, on se demande s'il existe un objet que Jean puisse regarder sans qu'il éveille par association son délire.

J'insiste sur ce phénomène de l'évocation de l'obsession par l'association des idées parce qu'il joue un rôle très important dans l'évolution de la maladie. C'est par là que la maladie s'étend et gagne en quelque sorte comme une tache d'huile. L'obsession qui n'était que localisée et qui ne déterminait des troubles que sur une seule pensée semble par l'association des idées s'étendre à toutes les autres pensées et troubler tous les actes du sujet.

Précisément à cause de leur importance il faut bien se rendre compte de la nature de ces associations d'idées. Elles sont évidemment singulières et ne ressemblent pas aux associations d'idées que nous sommes habitués à observer dans les suggestions des hystériques par exemple. A-t-on suggéré a une hystérique qu'elle verra un portrait sur une carte, l'hallucination du portrait apparaît quand elle voit cette carte déterminée reconnaissable à des signes précis, elle n'apparaît pas sur une autre carte et surtout

elle n'apparaît pas arbitrairement à propos de n'importe quoi. C'est justement cette précision de l'association qui rend l'expérience possible. De même la vue d'une flamme amène l'hallucination de l'incendie et la crise d'hystérie d'un jeune homme, on provoque encore la crise en lui montrant une allumette enflammée, mais on ne la provoque pas en lui faisant voir un paquet de cigarettes ou une seringue, quoique à la rigueur, d'après ce que nous a montré Jean, le paquet de cigarettes ou la seringue puisse faire penser à l'incendie. En un mot, dans ces cas l'association des idées est précise, parce qu'elle est organisée d'avance, qu'elle fait partie de la conception, du système d'images coordonnées qui constitue l'idée fixe et qui est invariable.

Au contraire, chez le scrupuleux, un objet quelconque semble pouvoir jouer le rôle d'évocateur. Quel est l'objet, quel est même le mot que l'on pourrait présenter à Jean sans qu'il trouve le moyen d'y rattacher son obsession érotique ? Il semble vraiment que l'association ne soit qu'un prétexte, une justification que le malade se donne à lui-même après coup. Les choses se passent comme si le malade commençait par penser lui-même presque tout le temps à son obsession et cherchait ensuite avec ingéniosité quel rapport lointain pourrait bien exister entre son obsession perpétuelle et les objets extérieurs afin de justifier sa préoccupation constante.

Cs...(41), femme de 38 ans, grande hypocondriaque, se plaint de jouer de malheur car elle rencontre tout le temps des objets qui lui font penser à la maladie « une bouteille de pharmacie jetée dans le bois de Boulogne, vous voyez que je n'ai pas de chance ! » Je fais prendre quelque précautions aux personnes qui la surveillent pour que l'on évite absolument de parler devant elle de maladies, de lui montrer des malades. Elle échappe à la surveillance pour aller chercher des malades et les interroger sur leur mal, puis elle pousse des cris de désespoir en se plaignant qu'une conversation a encore rappelé son obsession. Il en est évidemment de même pour Jean qui travaille à découvrir ces associations d'idées bizarres dont il se plaint. Il est très préoccupé par les femmes de chambre qui entrent chez ses parents et quand ceux-ci doivent choisir une femme de chambre nouvelle, il cherche avec grand soin si elle n'éveillera en lui aucune association d'idées dangereuse avant d'accorder son consentement. Ses parents lui proposent un jour de faire entrer une femme de

chambre dans la maison et lui demandent s'il trouve à leur choix quelque inconvénient. Il examine minutieusement les noms, prénoms, pays et date de naissance, figure, antécédents de cette servante et ne trouve rien à lui reprocher : la femme de chambre est donc admise. Jean reste très inquiet à son sujet, il examine tous les jours tout ce qu'il apprend sur elle et cependant pendant quinze jours il est forcé de convenir que rien en elle ne lui rappelle Charlotte. Mais quelques jours après il accourt désespéré me dire : « qu'un grand malheur lui arrive, bien par hasard : il savait depuis l'entrée de la femme de chambre qu'elle avait été domestique chez une madame Patissier et cela ne l'avait pas troublé, mais brutalement, comme par un coup de bâton, Patissier lui a rappelé Galette, or parmi les amies de Charlotte il y a une madame Galette dont elle a souvent parlé. N'est-ce pas malheureux que ses parents aient choisi justement une femme de chambre qui le fasse penser à Charlotte ? »

Sous cette forme l'association n'est point du tout semblable à celle qui caractérise les suggestions des hystériques. Ce n'est pas une association automatique résultant de liaisons d'idées anciennement établies, c'est une association cherchée et construite actuellement par le sujet. C'est une *manie de l'association* qui est une conséquence de la fixité, de la permanence de l'idée ou plutôt, comme on l'a vu, de la manie relative à cette permanence. Nous retrouvons donc déjà dans ces premiers caractères de la permanence et de l'évocation des idées les deux tendances caractéristiques de l'obsession. Il y a une exagération de la permanence et de l'évocation, mais cette exagération ne consiste pas en une nécessité complète qui s'impose au sujet, il y a quelque chose de volontaire dans ces phénomènes et c'est ce double phénomène qui constitue une sorte de tic ou de manie.

2. — La tendance à l'action, l'absence d'exécution.

Le second caractère que nous présentent les obsessions c'est l'impulsion, c'est-à-dire sa tendance à l'acte. Ce caractère est évidemment le plus important au point de vue pratique, puisqu'il constitue le danger social de cette maladie. Les obsessions criminelles surtout vont être fort graves et si elles poussent les malades

à accomplir réellement les meurtres, le suicide, les crimes contre nature auxquels ils rêvent. C'est aussi le caractère qui intéresse le plus le malade, car il est épouvanté à la pensée qu'il va exécuter ces crimes et une grande partie de son mal est causée par cette terreur de l'exécution.

D'autre part, ce caractère de la tendance à l'action est si réel dans ces idées que beaucoup d'auteurs ont même admis une classe particulière parmi ces idées maladives qu'ils désignèrent par le mot d'impulsions, pour les distinguer des autres obsessions. Ceux qui, comme M. Arnaud, réunissent toutes ces idées sous le nom commun d'obsessions admettent encore parmi ces obsessions un groupe qui serait spécialement les obsessions impulsives. Je crois qu'il faut aller plus loin encore et reconnaître que l'impulsion est un caractère commun à toutes ces obsessions, bien qu'il présente des degrés assez variables.

Il est clair que ce caractère sera plus net dans le groupe que j'ai appelé les obsessions criminelles. « Toutes mes idées, dit Du..., ont une tendance à se transformer en actes, je vais jeter mon chien par la fenêtre, je vais brûler un billet de banque, frapper un enfant, etc... » « Quand je pense au chien enragé, j'ai vraiment envie de me jeter sur les gens et de les mordre. » « Je suis poussée à voler les gens, à organiser des plans pour faire voler certaines personnes, à faire des sacrilèges en brisant des hosties, à faire des choses pas convenables la nuit, etc. » Ces mots, « je vais faire, j'ai envie de faire, je suis poussé à faire, » reviennent sans cesse dans le langage de ces malades. On a souvent démontré et on peut encore le vérifier en étudiant l'exécution des suggestions hypnotiques que ces expressions et ces sentiments correspondent au début de l'exécution réelle, ils résultent de la sensation de petites contractions musculaires, de petits mouvements commencés dans une certaine direction. « Mes mains se dirigent vers le pot à tabac, disait Delbeuf quand il décrivait l'envie de rouler une cigarette. » « Mes mains commencent à serrer et à frapper, disent tous ces impulsifs, » « mes mains s'avancent pour déboutonner la culotte de mon père, disait Vob. » On peut d'ailleurs constater chez beaucoup ces mouvements du corps, ces changements de physionomie qui constituent le début de l'action.

Il ne faudrait pas croire que dans les autres obsessions, ce caractère impulsif soit absent. « Entre les obsessions du remords ou

de la crainte d'un acte et l'obsession impulsive il n'y a pas de démarcation tranchée, elles sont toutes accompagnées d'une tendance à l'acte[1] ». « La phobie d'un acte a beaucoup de rapport avec l'impulsion à un acte : chez tous il y a coexistence de phobie et de propension impulsive...[2] ». Aussi retrouve-t-on partout ce caractère impulsif : dans les impulsions sacrilèges, il y a des mouvements pour cracher les hosties, pour les déchirer, des paroles pour blasphémer, des gestes pour exprimer le mépris. Dans les obsessions de honte, Claire se laisse aller à crier tout haut ses pensées de honte : « Ah, que je suis coupable, j'ai la tête remplie de vilaines pensées, c'est terrible... » elle se roule par terre pendant des heures, elle déchire ses mouchoirs, en use ainsi une quarantaine en un mois, elle mange ses draps de lits, etc., elle est obsédée par la pensée qu'un prêtre lui met l'hostie consacrée aux parties et elle refuse d'aller à la selle, etc. Nous ne considérons pas en ce moment les actes beaucoup plus nombreux que font les malades pour résister à leurs obsessions. Nous constatons seulement qu'ils en font quelques-uns pour leur céder.

Dans les hontes du corps, les malades sont si bien poussés à se cacher, à ne pas manger, qu'ils changent toute leur existence, restent enfermés pendant des années, et en arrivent à des états de maigreur effrayante. Enfin, les hypocondriaques sont poussés à prendre des précautions invraisemblables et Jean se vante avec raison d'en être arrivé à une vie d'ascète. Il nous faudra même revenir sur l'ascétisme fort curieux qui résulte de la maladie du scrupule. Plus souvent encore ils sont poussés à absorber des poisons ou à exécuter des actions qu'ils jugent indispensables pour la guérison de leurs souffrances. Il est donc incontestable que, dans toutes ces obsessions, il y a un caractère nettement impulsif. Sur ce point, d'ailleurs, se confirme la loi générale qui veut que dans toute idée prédominante, il y ait une tendance au mouvement.

Le problème important consiste à savoir jusqu'à quel point cette tendance à l'acte est forte. Beaucoup d'auteurs et en par-

1. L. Groignac, *Des impulsions et en particulier des obsessions impulsives*. Thèse de Bordeaux, 1897-95.

2. Pitres et Régis, *Rapport sur les obsessions au Congrès de médecine de Moscou*, 1897, p. 47.

ticulier Westphal, qui décrivait l'un des premiers ces idées, les appelle des impulsions irrésistibles, et beaucoup font de l'irrésistibilité un des caractères essentiels au point d'appeler ces phénomènes des *anancasmes* (ἀνάγκη)[1]. « L'impulsion, dit M. Bourdin, est un mode d'activité cérébrale qui détermine irrésistiblement, fatalement la production d'un mouvement, d'un acte simple ou complexe[2]. » Cette irrésistibilité semble se présenter dans les suggestions hypnotiques, dans les somnambulismes hystériques où le sujet accomplit rigoureusement et sans hésiter les actions auxquelles il rêve. En est-il de même dans ces obsessions des scrupuleux ?

Pour un premier groupe d'observations, le plus important, car il contient les deux tiers des malades, la réponse ne soulève aucune difficulté. Ces obsédés qui, si on en croit leur langage, ressentent les impulsions les plus épouvantables, n'exécutent en réalité rien du tout. N'est-il pas curieux que dans tant d'observations d'obsessions criminelles portant sur plus de 200 malades, recueillies pendant une douzaine d'années, je ne puisse noter aucun accident réel. Je n'ai jamais vu aucun crime commis, aucun suicide accompli par un de ces obsédés. Ce ne peut être là un fait dû au hasard : il faut qu'il y ait dans ces obsessions une bien faible tendance à passer à l'acte. C'est évidemment en plaisantant que Ball nous décrit son émotion en présence d'un malade de ce genre. « Au moment où je vous parle, lui disait son malade, j'éprouve un vif désir de vous étrangler, mais je me retiens. — Cet aveu sincère venant de la part d'un homme taillé en Hercule donnait à réfléchir..., nous dit l'auteur. » Qui donc a jamais pris au sérieux de semblables discours des obsédés ? D'ailleurs Ball ajoute tout de suite : « Le point intéressant de cette curieuse observation, c'est que cet homme n'a jamais commis un acte répréhensible ; il est toujours resté correct et a toujours pu se retenir au moment critique. Il était bien sur les frontières de de la folie[3]. »

Ces malades disent, il est vrai, qu'ils résistent avec beaucoup de peine à l'impulsion ; ils emploient toutes sortes de procédés plus ou moins curieux pour résister. Un malade célèbre se liait

1. J. Donath (de Budapesth). *Archiv. f. Psychiatrie*, 1896.
2. V. Bourdin, *De l'impulsion spécialement dans ses rapports avec le crime*. Thèse, de Paris 1894.
3. Ball, Les frontières de la folie. *Revue scientifique*, 1883, I, p. 3.

les pouces avec un ruban pour résister à l'impulsion de l'homicide. Nos malades ont tous des procédés analogues que nous aurons à étudier. Il suffit de remarquer maintenant que les impulsions ne doivent pas être bien terribles puisque de pareils simulacres suffisent pour les arrêter tous. Morel[1] avait déjà noté que les impulsions au suicide n'aboutissent jamais à une terminaison fatale. Ladame remarque que de telles impulsions restent presque toujours théoriques, nous voyons que cette conclusion est exacte dans le plus grand nombre des cas.

Un deuxième groupe déjà beaucoup plus restreint contient des malades qui exécutent réellement quelque chose, c'est-à-dire qui font certaines actions ayant un certain rapport avec leur obsession. Pr... (210), femme de 32 ans, a été très émue par la rencontre d'un homme dans un couloir obscur, elle reste obsédée par la pensée que cet homme a réellement abusé d'elle, qu'elle est enceinte et qu'elle veut se faire avorter. Ne pouvant résister davantage à cette impulsion qui la désespère, elle a cédé et a pris... une cuillerée à café d'huile de ricin. Ger... pour me prouver qu'elle ne peut résister à l'idée de tuer son enfant, me raconte qu'elle l'a poussée avec la main. Elle voulait « se détruire et savait qu'un flacon de laudanum la tuerait, aussi elle en a pris trois gouttes. C'est bien la preuve, dit-elle, qu'une autre fois elle prendra le flacon tout entier ». Qes... qui veut se jeter par la fenêtre se contente de se jeter par terre dans sa chambre. Vi... n'achète pas réellement du poison, comme elle le rêve, mais elle entre cependant chez le pharmacien et achète deux sous de violettes, pour prendre quelque chose. Jean ne semble céder en aucune manière à ses innombrables impulsions érotiques ; mais il vous fait observer lui-même qu'il ne ferme pas complètement la braguette de son pantalon, c'est tout ce qu'il peut faire comme crime génital. Les sacrilèges qui songent à souiller les autels se bornent tout au plus à prononcer du bout des lèvres le mot « cochon » en pensant au bon Dieu. D'ailleurs, on pourrait considérer les paroles comme des actes incomplets de ce genre et ces malades qui ne tuent pas commencent un peu à réaliser leur obsession en parlant de tuer.

A côté de ceux-ci, d'autres semblent réaliser davantage leur idée, mais il faut noter qu'ils prennent eux-mêmes des précautions

1. Morel, *Délire émotif*, p. 400.

curieuses pour que leur action n'ait aucune conséquence et reste insignifiante. Tel est le cas intéressant rapporté par Ball : « on cite, dit-il, le cas d'un homme d'État célèbre qui a rempli dans son pays les fonctions politiques les plus élevées et qui, lorsqu'il dîne en ville, est invariablement accompagné d'un domestique spécialement chargé de rapporter à domicile les couverts d'argent que son maître ne manque jamais de dérober[1]. » Je suis disposé à croire que si ce personnage prenait réellement les couverts c'est parce qu'il comptait sur la présence de son domestique. Voici un cas du même genre : Bs... (187), un homme de 41 ans, qui a l'impulsion au suicide à la suite d'une obsession amoureuse, commence par se mettre au téléphone, appelle sa mère et son médecin, vérifie s'ils l'écoutent et leur annonce que maintenant c'est fini et qu'il avale du chloroforme. Naturellement on court à son secours et on constate qu'il a réellement pris une certaine dose de chloroforme ; il est d'ailleurs très heureux de se laisser soigner.

Ces derniers cas nous permettent de comprendre comment de temps en temps, d'une manière exceptionnelle, il peut arriver des accidents. L'obsédé, qui ne voulait exécuter qu'un simulacre, a mal pris ses précautions et, si l'acte s'exécute complètement, c'est tout à fait contre les intentions du malade. M. Séglas[2] fait aussi très justement remarquer que l'obsédé peut se laisser aller à des actes extrêmes sans céder pour cela à des impulsions. Ils en arrivent quelquefois, assez rarement à mon avis, au suicide, non parce qu'une obsession impulsive se réalise, mais parce qu'ils sont désespérés par leur maladie et qu'ils se tuent de sang-froid. M. Nicoulau[3], dans un article intéressant, montre une femme obsédée par l'idée et la terreur de la mort qui en arrive à des tentatives de suicide pour échapper à l'angoisse causée par la crainte de la mort. En dehors de ces cas exceptionnels, la réalisation de l'impulsion est chez les malades de ce groupe tout à fait insignifiante.

Il me semble nécessaire d'admettre un troisième groupe composé d'un petit nombre de malades qui semblent exécuter complètement ou du moins d'une manière assez grave des actes

1. Ball, *Revue scientifique*, 1883, I, p. 2.
2. Séglas, *Leçons sur les maladies mentales*, 1895, p. 87.
3. Nicoulau, Thanatophobie et suicide. *Ann. méd. psychol.*, 1892, I, p. 189.

en rapport avec leurs obsessions. Ce seront, pour prendre quelques exemples, les honteux de leur corps qui refusent réellement de manger, les dipsomanes, les morphinomanes et les malades du même genre qui s'intoxiquent réellement, les boulimiques qui mangent trop, les dromomanes qui marchent pendant des heures, les érotomanes qui cèdent à leur passion, les individus poussés à rechercher la souffrance et qui se brûlent ou se blessent réellement.

On a déjà vu le cas typique de Nadia qui, de peur de grossir, de se développer, ne mangeait plus chaque jour qu'un peu de bouillon, un jaune d'œuf, du thé et du vinaigre. Voici un second cas du même genre : Red..., une jeune fille qui avait toujours été très impressionnable et très scrupuleuse, a, vers 18 ans, une première crise de refus d'aliments. Elle fut examinée à ce moment par MM. Brissaud et Souques[1] qui publièrent une observation dans la nouvelle Iconographie de la Salpêtrière sous ce titre *Délire de maigreur*. Elle était en effet d'une maigreur squelettique, elle guérit cependant en ce sens qu'elle consentit rapidement à s'alimenter et reprit ses forces et son embonpoint. Mais à 20 ans le même accident reparut, plutôt plus grave ; elle recommença à refuser de manger et en outre elle s'efforça de provoquer les vomissements quand elle avait mangé et prit l'habitude de vomir très facilement. La maigreur et la faiblesse redevinrent de nouveau très inquiétantes et elle fut reconduite à la Salpêtrière où j'ai pu étudier cette seconde crise.

Elle était dans un état d'inanition très avancé, très maigre, la peau sèche, rugueuse, froide, la langue sèche et rouge, la respiration rapide, le pouls petit et précipité ; elle avait certainement poussé très loin le refus des aliments et les efforts de vomissement. J'hésite cependant, comme pour Nadia et pour les mêmes raisons à faire de cette malade une anorexique hystérique. Dans toute son histoire, avant et après cet accident, Red... n'a jamais présenté aucun phénomène hystérique ; pendant longtemps, avant l'apparition des accidents graves, elle avait conservé le sentiment de la faim ; elle n'a jamais eu de besoin exagéré de mouvement. D'autre part, c'était tout à fait une scrupuleuse : elle avait commencé par se reprocher les oublis de confession, elle avait

1. Brissaut et Souques, Délire de maigreur. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1896.

imaginé de s'astreindre à bien des pratiques superstitieuses et malgré ses efforts elle était sans cesse inquiète et tourmentée. Elle était obsédée par la vue des misères, des maladies, par l'état même de la température : « c'était sa faute s'il y avait tant de malades, c'était sa faute s'il faisait mauvais temps et si les pauvres gens en souffraient. » Dans ces conditions elle avait cru voir un cercle de feu et l'avait interprété en disant qu'elle était damnée. Elle restait obsédée par la pensée que sa damnation la rendait indigne de manger. C'est ce qui avait déterminé la première crise de refus d'aliments, à 18 ans. Ce refus avait cessé à l'hôpital en vertu de ce raisonnement : « ici on me force à manger, je ne suis donc pas responsable si je le fais. » La seconde crise à l'âge de 20 ans se rattachait également au scrupule d'une manière très nette quoique différente : elle était devenue honteuse d'elle-même, à la suite de toutes les réflexions précédentes, elle s'imagina que sa digestion était ridicule, qu'elle déterminait des rougeurs au visage et surtout des éructations bruyantes. Elle avait d'autant plus honte de ces choses qu'elle devait se rendre après son repas au cours d'un professeur dont elle était tout à fait amoureuse. C'est à ce moment qu'elle se sentit poussée à ne plus manger et à vomir pour débarrasser l'estomac. Je cite rapidement pour montrer la fréquence du fait le cas d'un jeune homme de 26 ans, As... (102), parvenu lui aussi comme le montre sa photographie[1] à un état de maigreur invraisemblable. Il avait pris l'habitude des vomissements provoqués pour des raisons du même genre dépendant de la honte du corps et de l'hypocondrie. Dans ces cas, l'impulsion semble donc se réaliser d'une manière grave par le refus d'aliments et l'inanition.

A ces observations, je voudrais rattacher un cas plus curieux où le scrupule amène aussi une malade à faire de grandes sottises. On a vu l'obsession amoureuse de Byl..., cette jeune fille qui par suite de la honte d'elle-même, à force de s'imaginer qu'elle était laide, indigne de tenir son rang était devenue amoureuse d'un garçon jardinier de la maison. Ce qui est curieux c'est que l'acte chez elle semble avoir suivi l'obsession : elle attend qu'elle ait 21 ans pour avoir sa liberté, la nuit à l'aide d'une échelle elle monte dans la chambre de ce garçon, lui fait sa déclaration, l'embrasse, et lui fait promettre de la demander à ses parents.

1. Cf. 2e volume de cet ouvrage, observation 102.

Le lendemain elle raconte son équipée à ses parents et avec un entêtement formidable s'obstine dans son projet de mariage. Ne peut-on pas considérer de nouveau ce cas comme une exécution considérable d'une obsession scrupuleuse ? Ces faits nous montrent donc à l'inverse des précédents que dans certains cas qui ne sont pas fréquents ces impulsions présentent une certaine force suffisante pour déterminer des actes réels.

Cependant je ne crois pas que l'on puisse d'après ces seuls exemples rapprocher ces obsessions des suggestions ou des impulsions hystériques qui s'exécutent automatiquement. L'exécution quoiqu'avancée n'est pas en réalité complète, ces malades ne refusent pas tout à fait de manger, elles réduisent seulement d'une manière énorme leur alimentation. Byl..., dans la chambre du cocher, se borne à se laisser embrasser, mais en somme ne lui cède pas. Une fois guérie, elle nous avoue qu'elle n'était pas bien certaine d'aller jusqu'au bout de ce mariage et qu'elle aurait été bien embarrassée si ses parents n'avaient pas résisté. Une deuxième remarque nous montre que ces malades qui refusent de manger vont en somme plus loin qu'elles ne croient aller. Ce sont des jeunes gens très ignorants des notions d'hygiène qui ne se rendent pas compte du danger de leur alimentation insuffisante. Nadia m'assure qu'elle n'avait jamais eu l'intention de mourir de faim et qu'elle aurait cessé si elle avait cru sa vie en danger. Ces malades qui, nous le verrons, ne peuvent arriver à croire ne sont pas convaincus par les affirmations de leur entourage, ils se comportent un peu comme les obsédés dont nous venons de parler qui se suicident réellement, quand ils croient ne faire qu'un simulacre. Ajoutons qu'une fois entrés dans cette voie ils présentent des troubles de l'estomac et peut-être des délires par inanition qui changent le caractère de la maladie. Je ne crois donc pas que ces cas évidemment plus embarrassants doivent changer notre conception primitive, sur le peu de puissance de ces impulsions.

Il reste encore des obscurités dans ce problème difficile : certaines obsessions impulsives semblent avoir le singulier privilège de passer à l'acte beaucoup plus régulièrement que les autres. Je citerai par exemple la morphinomanie et la dipsomanie : je me demande si l'absorption du poison ne change pas les conditions dans lesquelles se développe l'obsession. Après les premiers verres l'éta mental du scrupuleux, d'ordinaire

indécis, hésitant, incapable d'aller jusqu'au bout de rien, est changé. Le fait est évident, et l'on connaît ces éreutophobes qui ont besoin de se griser pour pouvoir affronter les regards. On sait aussi que la morphine laisse dans l'organisme des substances capables de provoquer le besoin intense du poison primitif : il se peut que ces modifications de l'organisme entrent pour une certaine part dans la réalisation anormale de ces impulsions.

D'autres impulsions sont suivies plus fréquemment d'exécution, ce sont les impulsions des hypocondriaques qui prétendent trouver la guérison dans une pratique quelconque, ou celle des érotomanes qui n'obtiennent l'émotion voluptueuse que grâce à des pratiques toutes spéciales. Il me semble que dans ces cas l'impulsion se complique par la mise en jeu d'instincts très puissants comme l'instinct vital, la crainte de la mort et l'instinct génital. Ces instincts sont toujours très puissants et déterminent toujours quand ils sont éveillés une foule d'actions réelles. Ils donnent à l'impulsion une force qu'elle n'a pas d'ordinaire.

Enfin il faut se souvenir que je parle ici des obsessions communes, telles qu'elles se présentent chez la majorité des malades, des obsessions proprement dites qui restent accompagnées de critique. J'ai fait remarquer qu'il peut y avoir chez certains de ces malades après une certaine évolution de la maladie un *délire psychasthénique*, dans lequel le malade semble renoncer à la critique de son obsession. Il paraît être convaincu de ses idées délirantes et bien entendu il met autant que possible ses actes en accord avec les idées qu'il accepte comme vraies. Des sujets de ce genre s'enferment étroitement pour se punir ou pour s'empêcher de commettre des crimes, ils se soumettent à de véritables tortures. Ek... prétend ne pouvoir échapper à la tuberculose qu'en obéissant aux conseils donnés par les esprits et elle circule pieds nus dans des sandales, couverte d'une simple chemise en coton noir malgré le froid de l'hiver. Ces exécutions de l'impulsion ne sont pas aussi complètes, aussi automatiques qu'elles le paraissent. Il y a là « une sorte d'entraînement consenti, quelque chose d'artificiel, comme une manie de logique » disaient très bien à ce propos MM. Raymond et Arnaud. Le malade s'entête à être logique avec lui-même, il exécute le plus qu'il peut, il s'expose dans une grande mesure au ridicule et à la souffrance pour être conséquent avec son obsession. Il n'est pas bien cer-

tain cependant qu'il aille tout à fait jusqu'au bout : pour suivre le conseil des esprits Ek... se rase les cheveux et tous les poils du corps, parce que cela se dissimule assez facilement, elle ne se rase pas les sourcils parce que cela serait trop visible. Ces malades n'en font pas moins des choses très graves et il faut s'en méfier beaucoup plus que des autres. Mais ils forment un groupe un peu distinct dans lequel l'obsession ne suit pas ses lois ordinaires.

Il y a dans les cas précédents une transformation, une complication de la maladie. C'est ce qui peut arriver dans d'autres circonstances. Voici une curieuse observation de M. Vallon : un individu obsédé depuis longtemps par l'idée de tuer une fille publique finit par tirer sur une femme plusieurs coups de revolver [1]. Je ne puis m'empêcher de douter dans ces cas de l'exactitude du diagnostic : il me semble probable que d'autres facteurs : épilepsie alcoolisme, affaiblissement intellectuel, imbécillité ont dû intervenir et modifier le pronostic habituel des obsessions. C'est d'ailleurs l'opinion déjà défendue dans le rapport de MM. Pitres et Régis [2] et dans la thèse de M. Le Groignac sur les impulsions [3].

Toutes les fois que j'ai eu l'occasion d'examiner un malade qui avait cédé à ce genre d'obsessions, j'ai dû constater que ce n'était pas un obsédé typique se rattachant aux psychasthéniques que j'étudie dans cet ouvrage mais qu'il s'agissait d'une autre maladie mentale. Voici par exemple un personnage célèbre, le nommé Mau..., qui a été étudié par Chambard, par Luys, par bien d'autres et qui a échoué pendant quelque temps à la Salpêtrière. Parmi ses innombrables obsessions, il a maintenant celle des « petits cheveux ». Il lui faut couper les petits frisons des femmes dans le cou, ou les poils du pubis, et quand il les a dans sa possession il arrive à l'éjaculation. Cette impulsion est vraiment chez lui tout à fait irrésistible, il devient, comme il le dit, somnambule et s'empare réellement des « petits cheveux » malgré les plus grands dangers.

Dans ce cas comme dans d'autres cas du même genre l'impulsion se réalise complètement d'une manière irrésistible. C'est à

1. Vallon, *Société médico-psychologique*, 28 avril 1895.
2. Pitres et Régis, *op. cit.*, 1897, p. 51.
3. Le Groignac, *Des impulsions et en particulier des obsessions impulsives*. Thèse de Bordeaux, 1897-98.

mon avis que le terrain psychologique n'est plus du tout le même et que la maladie est différente. Mau... a une anesthésie tactile générale, un rétrécissement du champ visuel à 30°, il a des somnambulismes, des fugues suivies d'amnésie, etc. En un mot c'est un hystérique, nous retombons dans le mécanisme de la suggestion et de l'idée fixe hystérique. Il faut savoir que ces maladies mentales ne sont pas caractérisées par le contenu de l'obsession mais par la forme psychologique qu'elles prennent. Une hystérique peut être érotomane comme Jean, mais elle réalisera son impulsion d'une tout autre manière. Je crois donc que, si on rencontre des impulsions qui s'exécutent autrement que celles qui viennent d'être décrites il est bon de les attacher à d'autres maladies : l'épilepsie ou l'hystérie par exemple et non à l'état mental psychasthénique que nous étudions maintenant.

En résumé, les obsessions des scrupuleux présentent toujours une certaine tendance impulsive, une certaine disposition à passer à l'acte. Mais cette disposition loin d'être irrésistible comme on l'a dit à tort n'est jamais complète, le malade s'effraie de son impulsion plus qu'il ne lui obéit. Il éprouve un singulier besoin de la croire terrible et irrésistible ; il y a comme une vanité du crime, comme un secret désir de se croire poussé au crime qui lui fait effectuer tant bien que mal certains commencements d'action. Quand l'exécution est plus complète, c'est que d'autres facteurs, des intoxications, des instincts puissants, des délires sont venus ajouter leur force à celle de l'obsession proprement dite. L'impulsion proprement dite, livrée à elle-même, ne détermine que des simulacres d'action. Ici encore, c'est une manie de croire à l'impulsion plus qu'une impulsion proprement dite.

3. — *La tendance à la représentation, l'hallucination symbolique.*

A côté du développement des éléments moteurs et de la tendance à l'action, il faut placer le développement des éléments représentatifs et la tendance à l'hallucination. Les obsédés que nous étudions sont-ils susceptibles d'avoir au cours de leurs ob-

sessions de véritables hallucinations? La question a soulevé bien des controverses. M. Jules Falret avait soutenu autrefois[1] qu'un des caractères distinctifs de ces obsédés, c'est qu'ils n'arrivent jamais à l'hallucination véritable : cette proposition trop absolue a été vivement contredite. Buccola, Tamburini, Séglas[2], Stefani[3], Catsaras[4], Larroussinie[5], Raymond et Arnaud[6] ont soutenu l'existence de « l'obsession hallucinatoire ». J'ai moi-même insisté à diverses reprises surtout en étudiant les idées fixes de Justine sur les hallucinations remarquables qui accompagnaient ses obsessions[7]. Il semble donc qu'il y ait deux opinions tout à fait contradictoires sur ce point.

Cette contradiction peut s'expliquer d'abord d'une manière assez simple. Dans certains cas les auteurs ne parlent pas des mêmes malades. Je reconnais pour ma part que les obsédées hallucinées que j'ai décrites comme Marcelle et Justine étaient des hystériques. Il est probable, étant données la fréquence et l'importance des idées fixes chez les hystériques qu'il doit en être de même pour quelques-uns des malades hallucinés décrits par les autres auteurs. La proposition de M. Falret resterait vraie pour les obsédés proprement dits du type psychasthénique.

La question reste cependant embarrassante, car au moins un certain nombre de ces derniers malades présentent des phénomènes tout voisins de l'hallucination dont la nature doit être discutée. Les hypocondriaques arrivent à se représenter certains phénomènes viscéraux comme s'ils avaient des hallucinations du sens organique. Je ne parle pas de leurs dysesthésies que j'étudierai plus tard à propos des troubles émotionnels. Je parle de représentations viscérales et tactiles qui semblent assez intenses quoique imaginaires. Une malade de Wernicke, citée par MM. Pitres et Régis, avait la sensation d'être couverte de

1. Jules Falret, Obsessions intellectuelles et émotives. *Rapport au Congrès international de médecine mentale*. Paris, 1889 ; *Archives de neurologie*, 1899, II, 274.

2. Séglas, De l'obsession hallucinatoire et de l'hallucination obsédante. *Ann. méd. psychol.*, 30 nov. 1891, *Leçons cliniques*, p. 107.

3. Stefani, *Ann. méd. psychol.*, 1892.

4. Catsaras, *Ann. méd. psychol.*, 1892.

5. Larroussinie, Hallucinations succédant à des obsessions. *Archives de neurol.*, 1896, II, p. 33.

6. Raymond et Arnaud. *Ann. méd. psychol.*, 1892, II, 204.

7. *Revue philosophique*, février 1894. — *Névroses et Idées fixes*, 1898, I, p. 161, 164.

poux, les voyait et entendait leur bruissement[1]. Une de nos malades, Mae..., femme de 50 ans, qui a accouché à l'âge de 22 ans, a longtemps souffert de son ventre. Il lui prend maintenant à tout instant « des crises d'accouchement », elle prétend tout ressentir avec précision dans les reins, dans le ventre, dans les jambes comme si elle accouchait : « c'est au point de s'y méprendre, dit-elle. » Deux autres ont l'idée fixe d'un ver intestinal : chez Mort..., femme de 63 ans, « le ver remonte à la gorge, il vient lui donner un petit coup dans la bouche puis il redescend ; il est tantôt dans le dos, tantôt à l'estomac. « Vous n'entendez pas le ver grouiller, il me remonte de nouveau à la gorge et il faut que je prenne une gorgée d'eau pour le faire redescendre ». Bé... a un ver solitaire dans le ventre « elle sent par ses glissements froids qu'il se pelotonne jusqu'à l'épigastre. C'est un ver araignée qui a de grosses pattes velues comme une araignée ». Comme type d'hallucinations du sens tactile on peut étudier les fluides de Jean. Il sait toujours exactement dans quelle direction est située par rapport à lui la dame de ses pensées. S'il marche dans cette direction ou s'il a le visage tourné vers ce point tout va bien : il peut à la rigueur résister. Mais ce qui est terrible c'est quand il tourne le dos à ce point de l'espace ; alors le fantôme est dans son dos et se permet mille extravagances. Il détermine des chatouillements, des frissons, des « fluides » et la situation est intenable. Aussi Jean se préoccupe-t-il énormément de l'orientation de son lit dans la chambre, de sa chaise à table. Il en change la position jusqu'à ce qu'il ait trouvé une situation où il ne tourne plus le dos à ce fantôme dangereux. Le malheur c'est qu'il y a une autre personne située dans une autre direction qui exerce à peu près la même influence et il est bien difficile de trouver une situation qui ne l'expose ni à l'une, ni à l'autre.

Les hallucinations auditives sont assez rares : en voici quelques exemples. John Bunyan, auteur mystique anglais, atteint évidemment du délire du scrupule, entend un jour une voix qui lui dit : « veux-tu laisser tes péchés et avoir le ciel ou conserver tes péchés et avoir l'enfer » et il voit Jésus dans le ciel[2]. M. Lépine

1. Wernicke, *Deutsche med. Wochensch.*, 23 juin 1892 ; Pitres et Régis, *op. cit.*, p. 58.
2. Josiah Royce, The case of John Bunyan. *Psychological Review*, 1894, 32.

cite une observation singulière d'une malade obsédée qui est contrainte d'entendre une voix répétant toujours une série de 25 mots. L'observation un peu abrégée me paraît cependant se rapprocher de nos malades[1]. M. de Sanctis rapporte une singulière obsession musicale, obsession qui peu à peu devient impulsive et contraint le sujet à chanter intérieurement le même air[2]. Dans une observation de M. Larroussinie, des voix viennent à l'appui de la pensée de la malade et formulent les mêmes reproches que l'obsession[3]. Une de nos malades, Per..., obsédée par une honte du corps relative à des poils sur son visage, entend au travers du mur ses voisins murmurer : « poilue, poilue ! » Jean a aussi de ces hallucinations auditives : il est obsédé par le souvenir d'une femme de chambre en l'honneur de laquelle il eut, croit-il, ses premières éjaculations. Ce visage très laid, nous savons déjà que Jean n'est obsédé que par la pensée de femmes vieilles ou très laides, se dessine de profil. Il est animé de mouvements, la bouche peut s'ouvrir et le fantôme se met à rire. Ce rire d'abord modéré est devenu en quelques années absolument énorme, c'est un fou rire démesuré qui lui ouvre la bouche jusqu'aux oreilles. Ce rire est déterminé par les actions du pauvre Jean, car la femme de chambre le surveille et se moque de lui d'une manière indigne de quelque manière qu'il se conduise. Entre-t-il dans un tramway où il risque de se trouver assis auprès d'une femme, l'image de la femme de chambre se met à rire parce qu'il est tourmenté par sa voisine. Quitte-t-il le tramway et prend-il un fiacre pour être seul, la femme de chambre éclate tout à fait et lui dit : « Tu dépenses quarante sous pour ne pas te trouver en tramway avec des femmes, hi, hi, hi. » Il est difficile de trouver des hallucinations plus complètes en apparence ; images visuelles complexes, en mouvement, accompagnées d'images tactiles dans le dos et dans certains cas d'images auditives.

Les représentations purement visuelles sont de beaucoup les plus fréquentes; nous les trouvons d'abord chez les sacrilèges. Un malade de M. Féré[4] voyait apparaître un membre viril. C'est aussi

1. Lépine, Obsession verbale et auditive. *Société de médecine de Lyon*, 12 juillet 1894.
2. S. de Sanctis, Obsession et impulsion musicale. *Policlinico*, III, n° 4, 1896.
3. Larroussinie, Hallucinations succédant à des obsessions. *Archives de neurologie*, 1896.
4. Féré, *Pathologie des émotions*, p. 416 (F. Alçan).

ce qui caractérise les obsessions de Claire. Elle prétend voir apparaître subitement devant elle un homme tout nu ou plutôt les parties sexuelles d'un homme en train de souiller une hostie consacrée et bien d'autres tableaux de même genre. Lod... et Lise ont aussi vu des hosties par terre surtout lorsqu'elles apercevaient un crachat. We... prétend qu'elle voit dans le ciel des croix et des saintes. Parmi les malades qui ont des obsessions criminelles, Xa..., une des femmes obsédées par l'idée de tuer, voit devant elle, à gauche, une figure traversée au niveau des yeux par un long couteau de cuisine (fig. 1). D'ailleurs cette hallucination du cou-



Fig. 1. — Dessin fait par la malade elle-même pour représenter son hallucination, le couteau est vu d'une manière beaucoup plus nette que les traits du visage.

teau pointu est fréquente, on la retrouve chez Mb... et chez plusieurs autres. Vod... se voit couper le cou à sa petite fille. « Je me voyais la saigner, la mettre dans un cercueil et jeter la boite dans une grande mare d'eau sale. » Fa... qui croit avoir des impulsions érotiques, « voit tous les hommes dans la rue se déboutonner et courir après elle ». Jean voit non seulement la servante au fou rire lui apparaître à droite mais la dame de ses pensées Charlotte perpétuellement devant lui ou dans sa tête.

Dans le groupe des honteux les hallucinations sont particulièrement curieuses. Une hallucination très fréquente est celle d'un trou, d'un précipice dans lequel ils vont tomber ou dans lequel ils sont tombés. Claire a longtemps côtoyé un grand précipice, maintenant elle est au fond du trou et elle voit bien qu'il lui est impossible de remonter. Hi..., femme de 47 ans, « voit moralement un trou dans lequel il lui semble qu'elle tombe ; si elle ne parvient pas à se tirer de là, elle se tuera plutôt que de rester au fond ». On se souvient que Pascal, qui d'ailleurs avait bien des

symptômes de la maladie du scrupule, voyait à ses côtés un précipice. On a beaucoup discuté sur l'hallucination de Pascal : si elle est historique, ce qui est fort douteux, il faudrait la rapprocher des autres hallucinations du même genre chez les scrupuleux, ce serait le meilleur moyen d'en comprendre la nature.

Il faut aussi rattacher au même groupe les cas suivants qui me paraissent particulièrement intéressants. Un jeune homme de 20 ans. Voz..., vient se plaindre d'un trouble singulier : il est distrait dans ses études et dans ses plaisirs par un spectacle gênant, il voit sans cesse devant lui un mur, et ce mur il le reconnaît bien : c'est celui de la première cour du lycée. Il est aussi gêné dans ses promenades, car il marche sans cesse étroitement environné par quatre arbres, deux en avant et deux derrière lui. Ce sont quatre arbres bien connus de la cour du lycée. Enfin il est encore plus embarrassé quand il voit des chaînes ou des cordes qui sont tendues devant lui, qui s'enroulent autour des arbres précédents et qui lui barrent le chemin[1]. Rp..., un homme d'une trentaine d'années, que je viens d'étudier avec M. le Pr Raymond, voit passer devant lui un personnage à une distance d'à peu près cinq mètres. Ce personnage, qui est presque toujours le directeur d'une grande École, a tantôt l'air souriant, tantôt l'attitude et le visage courroucé et menaçant. Ces cas pourraient être multipliés facilement, car ils sont en réalité très nombreux.

Ces phénomènes se présentent avec l'apparence d'hallucinations : ce sont des phénomènes psychologiques qui semblent dans la conscience du sujet se confondre avec le phénomène de la perception extérieure, quoique pour un observateur placé en dehors du sujet, il n'y ait pas d'objet réel en rapport avec cette perception. Ils semblent représenter un système d'images correspondant à un objet, ils paraissent avoir l'apparence de l'extériorité, et s'imposer d'une manière irrésistible. Aussi le sujet les donne-t-il pour des hallucinations. Le jeune Voz..., Claire et Rp... viennent consulter le médecin en demandant à être guéris de leurs *hallucinations* et, si on se borne à une observation superficielle, on les prendra évidemment pour des hallucinés. Cependant l'existence d'hallucinations complètes serait un fait singulier chez les scrupuleux. Comment ces malades qui n'arrivaient pas à l'impulsion

1. J'ai déjà présenté ce cas à la Société de psychologie. *Bulletin de l'Institut psychologique*, juin 1901, p. 188.

complète, à l'exécution réelle de leurs idées, arrivent-ils à la représentation complète qui est un phénomène du même genre. Il ne faudrait l'admettre qu'après un examen démonstratif.

Or, chez la plupart de ces malades, ces prétendues hallucinations ne résistent pas à l'examen. « Tout objet blanc, disait Lod..., me fait penser à l'hostie, surtout quand il est sale, me force à regarder à deux fois, mais, quand je regarde, je vois bien que je me suis trompée. Ce n'était qu'un crachat par terre. » Lise reconnaît même très bien qu'elle s'avance dans son délire presque jusqu'au moment d'avoir des hallucinations, mais qu'elle s'arrête en deçà. « Dans mes grandes peurs du démon je sentais que j'allais commencer à voir quelque chose, mais à ce moment je m'arrêtais. » Il ne faut pas se tromper au langage de We..: elle ne voit pas dans le ciel des croix et des saintes, elle cherche si elle les voit, ce qui n'est pas la même chose. « J'ai peur de les voir, je veux voir si franchement je les vois. » Tout cela ne ressemble pas à de l'hallucination.

En réalité il ne reste qu'un petit nombre de cas embarrassants. Mais on peut alors faire sur ces hallucinations les remarques suivantes. 1° Ces hallucinations ne sont pas complètes et sont loin de présenter toutes les couleurs, tous les détails que l'on verrait dans un objet réel, il en résulte qu'elles sont vagues et manquent de netteté. Il faut insister un peu et ne pas trop inquiéter les malades en mettant en doute leurs hallucinations pour obtenir tous les aveux sur ce point. Xa... qui dessinait le couteau au travers de la figure, remarque bien que la figure est devinée plutôt qu'elle n'est vue. « J'ai besoin, dit-elle avec naïveté, de dessiner cette image pour me rendre bien compte de ce qu'elle représente. » Quoique Claire semble voir les images les plus terribles, il est facile de constater que ce spectacle manque beaucoup de précision. Il est impossible de lui faire dire la forme de ce prétendu membre viril, la place qu'il occupe par rapport à l'hostie. Elle n'a jamais su me dire s'il était à la droite ou à la gauche de l'hostie et dans bien des cas, elle s'embrouille encore davantage : « C'est quelque chose qui doit être comme un membre viril sans que je sache bien ce que c'est... En tous cas je suis bien convaincue que c'est quelque chose de sale. » Pour une image visuelle, c'est peu net.

Le dernier jeune homme Rp... serait fort embarrassé pour

décrire le personnage qu'il voit, car il a trop peur pour le regarder, il sait qu'il le voit, mais en réalité, il ne l'a jamais bien vu. Les hallucinations de Jean malgré leur précision apparente sont tout à fait du même genre. Ces figures sont vagues, effacées, « c'est comme si je la voyais, c'est comme si elle me parlait ». Ce sont des images sans couleur et des paroles sans bruit. Le plus souvent ces images semblent même s'effacer encore plus. « Je ne vois pas le fantôme de M... puisqu'elle est derrière mon dos, mais je sais qu'elle y est. » Il arrive à employer à ce propos un mot qui est intéressant. « Je ne vois pas tout à fait, dit-il, cela reste implicite. » Il entend par là qu'il n'y a presque aucune image précise, qu'il y a à peine un petit signe vague qui suffit pour l'avertir. « Je n'ai rien dans l'idée qui soit précis, je ne vois pas sa figure, je n'entends pas sa voix, je ne murmure pas son nom et cependant je sais que je pense tout le temps à elle. » Comme je ne pouvais guère me contenter de cette obsession persistante odieuse qui n'était rien, qui ne consistait en aucun fait psychologique, j'ai insisté et Jean prétend avoir fait dans certains cas cette remarque curieuse. « Charlotte a en réalité une voix très forte et fait rouler les r. Cette prononciation m'a frappé et, quand je suis obsédé *implicitement*, je sens dans la bouche, sur la langue, comme un très petit roulement d'r. Cela suffit, je sais que je pense constamment à Charlotte. » Dans d'autres cas il sent dans son front comme si une lettre de son nom était écrite. C'est à ces images très petites que se réduisent les obsessions et c'est lui qui en tire comme conclusions toutes ces prétendues hallucinations. Une remarque intéressante, c'est que ces hallucinations implicites font beaucoup souffrir les malades, « plus c'est vague et implicite, plus c'est odieux ». Le défaut de précision, disait déjà Hoffding, donne un sentiment de terreur tout particulier : nous aurons a l'étudier avec plus de soin en parlant de l'inquiétude de ces malades.

Ce n'est pas une pure diminution dans l'intensité des images, c'est un défaut de complexité, des catégories essentielles d'images font complètement défaut. Il est impossible d'ajouter les images qui manquent et de préciser l'hallucination. Chez les hystériques hypnotisables, on peut faire naître l'hallucination en éveillant dans l'esprit du sujet les images les unes à la suite des autres. J'ai montré autrefois que cette complexité croissante, ce développement automatique des éléments de l'idée jouaient un grand

rôle dans l'hallucination[1]. Mais ici les malades n'arrivent pas à voir mieux et l'attention supprime au contraire le peu qu'ils voyaient.

2° Beaucoup d'auteurs et en particulier M. Séglas ont aussi remarqué que ces hallucinations n'avaient pas le caractère de l'extériorité si important dans la perception et dans les hallucinations complètes. Cette remarque est juste pour un certain nombre de malades.

Si les hallucinations de Jean manquent de précision, elles manquent aussi d'extériorité : il est disposé à les localiser dans « le cervelet » ou dans le front « au sommet à droite, où elles ont fini par déterminer comme une saillie de l'os ». Aussi reconnaît-il lui-même la nature du phénomène « c'est dit-il, mon fou rire cérébral ». Claire est très embarrassée quand on veut lui faire préciser la place extérieure de son image, elle croit que l'ensemble est à gauche, mais elle ne sait pas bien où. « D'ailleurs, si elle ne peut pas bien préciser l'endroit, ce n'est pas de sa faute, l'objet est trop loin... non pas trop loin en distance... c'est au loin comme si c'était une autre personne qui le voyrait... Cette autre personne verrait que c'est bien un membre viril, verrait bien sa place, moi je ne le vois pas. » Sans parler ici des troubles de la personnalité que cette phrase révèle, nous noterons seulement combien la localisation extérieure reste vague.

Cependant je n'oserai pas dire que ces hallucinations manquent tout à fait d'extériorité, comme M. Séglas le disait à la Société psychologique. Il y a des malades qui ont le sentiment de cette extériorité. Voz... voit des arbres, le mur, les chaînes, en dehors de lui : « c'est bien en dehors de moi puisque cela m'empêche d'avancer, il me semble que cela me barre le chemin. » Rp... soutient que l'image de son directeur est à cinq mètres devant lui. Même pour les malades précédents Jean et Claire qui finissent par mettre l'hallucination dans leur tête, il ne faut pas conclure trop vite. C'est quand on les interroge, quand on les force à réfléchir qu'ils hésitent à considérer leur image comme extérieure. Au début quand ils parlent spontanément ils affirment que l'image apparaît « devant eux, à l'extérieur ». Pourquoi donc changent-ils d'avis à la réflexion, c'est qu'ils sont eux-mêmes étonnés qu'une image

1. *Automatisme psychologique*, 1889, p. 201, *Accidents mentaux des hystériques*. p. 27.

puisse être extérieure quand elle manque d'un caractère essentiel des choses extérieures.

3° Le fait le plus important, en effet, ce n'est pas précisément que ces images manquent d'extériorité, c'est qu'elles manquent *de réalité*. Ce caractère très important se rattache au sentiment de la croyance, de la certitude. Un objet nous paraît réel quand nous mettons tous nos actes, tous nos sentiments en accord avec l'image qu'il présente. Or, nos sujets se rendent compte que cette hallucination n'est pas pour eux une réalité. Ils disent eux-mêmes que ce sont « des sortes d'hallucinations », « des irréalités ». Leur tourment consiste précisément à douter de la réalité de ces images, à s'interroger sur leur existence. L'une de ces malades se demande sans cesse si elle a la vocation religieuse ; elle suppose que cette vocation, si elle existait, se manifesterait par des signes divins, par la vision des saintes dans le ciel. Aussi se demande-t-elle tout le temps si elle a vu des saintes dans le ciel : un moment elle vous dit que oui, et l'instant après elle reconnaît qu'elle serait bien fâchée d'en avoir vu. Le malade qui voit passer le directeur de l'École est dans le même cas ; il a la manie des présages, pour se décider à agir dans un sens ou dans l'autre malgré son aboulie il veut voir passer son directeur souriant ou menaçant, et il s'interroge pour savoir s'il l'a bien vu. Non seulement ce sentiment de réalité extérieure fait défaut, mais il est curieux de remarquer qu'il n'apparaîtra jamais. Si ce phénomène ne différait de l'hallucination ordinaire que par un moindre degré, il devrait par le progrès de la maladie se rapprocher du sentiment de la réalité. Eh bien, si ces malades arrivaient jamais à la conviction de leurs hallucinations, ils seraient guéris, ou du moins ils changeraient la nature de leur maladie, ce que nous n'observons pas. Ces images mêmes, si elles apparaissent vaguement extérieures avant la réflexion, restent toujours pour eux irréelles et douteuses.

4° Ces hallucinations présentent encore un autre caractère important, c'est qu'elles sont *symboliques* : elles ne sont pas constituées par la représentation d'un objet intéressant en lui-même, mais par l'évocation d'un signe qui résume une quantité d'autres pensées. La *manie du symbole* est si importante chez les scrupuleux que nous ne pouvons l'étudier ici d'une manière incidente, il suffit de signaler ce caractère qu'elle donne à l'hallucination.

On voit d'après ces observations que les hallucinations des scrupuleux sont loin d'être identiques aux hallucinations com-

plètes des hystériques et des alcooliques. C'est la conclusion à laquelles parviennent de nombreux auteurs en particulier M. Pick[1] et M. Francotte[2]. On pouvait leur appliquer le mot de pseudo-hallucinations qui a été proposé par le Dr Kandinsky à propos de malades du même genre[3]. Un malade croit changer de nationalité et devenir sujet anglais, à ce propos il *voit* apparaître un lion qui lui met les pattes sur les épaules. Il remarque lui-même qu'il n'a pas été effrayé comme il l'aurait été par un lion véritable, il comprenait bien que c'était un emblème national anglais. Nos malades comprennent de même que ces prétendues images ne sont que des emblèmes, des symboles pour résumer de longues méditations et rendre en quelque sorte l'idée plastique, il ne les prennent pas pour des réalités comme feraient les vrais hallucinés.

Nous pouvons donc répondre d'une manière plus complète au problème posé au début de ce paragraphe. Si nous laissons de côté les obsédés hystériques qui ont des hallucinations incontestables, les scrupuleux peuvent-ils présenter ce phénomène ? Ils présentent sans doute une certaine apparence d'hallucination, les pseudo-hallucinations ou les hallucinations symboliques, mais M. Falret avait raison de faire observer qu'ils ne présentent pas l'hallucination proprement dite.

Ici encore nous voyons une tendance vers la représentation hallucinatoire qui n'aboutit pas complètement. Le sujet semble pousser la représentation aussi loin que possible. Il s'entête à voir apparaître l'image extérieure et réelle, il la cherche, mais il ne la voit pas réellement, c'est encore une sorte de *manie de l'hallucination* plus qu'une hallucination réelle.

4. — *La tendance à la croyance et la critique de l'obsession.*

Si l'obsession est loin de se réaliser complètement, si les hallu-

1. A. Pick (Prague, Ueber) die Beziehungen zwischen Zwangsvortellungen und Hallucinationen. *Prager med. Wochenschr.*, 1895.
2. X. Francotte. Des hallucinations dites psychiques. *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, juin 1898.
3. Dr Kandinsky. Observations cliniques sur les hallucinations sensorielles. *Centralblatt f. Nervenheilkunde*, 1884, cité par W. James, *Psychology*, II, 116.

cinations qui l'accompagnent quelquefois sont loin d'être complètes, le malade accepte-t-il au moins comme une croyance les idées qu'il vient d'exprimer ? Il est facile de constater que ce nouveau caractère n'est pas plus complet que les précédents. On constate en effet presque toujours très facilement que le malade est le premier à mettre en doute les sacrilèges, les accusations dont il semble si préoccupé.

Ce caractère se manifeste déjà par des traits de la conduite des malades. On les voit venir spontanément, seuls, chez le médecin et chez le médecin aliéniste ; ils demandent à être soignés à cause de certaines idées qu'ils désignent. Ils savent donc très bien qu'ils ont des idées fausses et ils savent quelles sont ces idées fausses ; car jamais ils ne parleront des autres au médecin. D'autre part, il est facile de remarquer qu'en présence des étrangers ils savent admirablement dissimuler ces mêmes idées, ce qu'ils ne feraient évidemment pas, s'ils les croyaient exactes. Claire qui s'accuse de tout avec un tel désespoir, qui se roule par terre en gémissant, se relève dès qu'elle entend sonner à la porte, rajuste bien vite sa toilette, se montre correcte et même gaie avec les personnes étrangères qui viennent d'entrer pendant une de ses crises : elle accepte même des compliments sur sa conduite. Lise, dans son salon, ne laisserait jamais soupçonner ce qu'elle pense : bien mieux, elle joue une sorte de comédie, car elle affecte de se moquer des gens superstitieux et il paraît que bien des personnes trouvent qu'elle verse avec exagération dans le camp des libres penseurs. Rob... s'accuse de ne pas rendre exactement la monnaie aux clients qui se présentent à la caisse. On lui a proposé cent fois, quand elle est dans une grande crise, d'envoyer un employé à l'adresse du client pour vérifier le compte et lui offrir une réparation ; elle n'a jamais voulu accepter. N'est-ce pas une preuve manifeste qu'elle sait bien au fond avoir fait un compte exact ?

Les déclarations des malades sont d'ailleurs en parfait accord avec ces observations relatives à leur conduite. Ces personnes n'hésiteront pas à vous dire : « Je sais très bien que je n'ai fait aucun mal, il est inutile d'interroger personne pour vérifier. » Lod... ou Claire qui se déclarent des misérables plus coupables que les plus grands criminels ne peuvent, si on insiste, découvrir une faute précise à avouer, et elles finissent par se fâcher si j'examine devant elles les fautes qu'une jeune fille peut commettre

en leur demandant sérieusement si elles les ont commises. « Si une personne, disait Lise, me racontait la moitié des choses que je viens vous dire, je la croirais complètement folle. » Un détail fort curieux chez elle, c'est qu'elle a une sœur moins âgée qui commence exactement le même délire. Lise, le reconnaît parfaitement, elle suit avec chagrin la marche de la maladie mentale chez sa sœur : « Dieu que ma sœur est bête de penser les mêmes sottises que moi. »

Nadia répète sans cesse au milieu de ses plus grandes agitations : « Je trouve ces idées ridicules, je les méprise moi-même, je voudrais tellement être en dehors de ces petites misères qui me tourmentent tellement, je ne pourrais donc jamais renvoyer ces idées que je déteste, c'est mon destin qui le veut ainsi. Il est encore bien plus triste de savoir ce que valent toutes ces belles idées et de ne pouvoir m'en débarrasser, tout en reconnaissant combien elles sont sottes. » Jean lui-même ne peut pas s'empêcher de se trouver ridicule : « l'odieux, l'absurde, le ridicule d'une maladie comme celle-là, dit-il souvent, est inqualifiable ». « Le second homme qui est en moi, dit Rk..., se moque terriblement de moi et de mes sottises. »

Après ces constatations, il faut cependant faire des réserves qui ne sont pas toujours suffisamment faites quand on parle de la conscience de ces obsessions. Il ne faut pas aller jusqu'à dire que ces malades ne croient pas du tout à la réalité de leurs obsessions. S'il en était ainsi, ils n'auraient aucune souffrance, aucune maladie.

Quand sur un point particulier, on peut les amener à mieux comprendre l'absurdité de leur idée, ils en sont pour un temps plus ou moins long débarrassés. Par exemple, j'explique à Lise avec beaucoup de peine que les enfants ne sont pas responsables des fautes des parents, elle finit par reconnaître qu'elle a compris et que j'ai raison ; à la suite de cette démonstration, pendant plusieurs mois, elle renonce à vouer ses enfants au diable. Cet heureux effet d'une explication montre bien que ces malades n'avaient pas sur ce point des idées bien claires et qu'ils accordaient une certaine croyance à leurs obsessions tout en ayant l'air de les tourner en ridicule.

D'ailleurs, avec un peu de patience, on finit par leur faire avouer ce sentiment. Lise reconnaît parfaitement qu'il y a dans ses

idées religieuses sur le diable un fond mystérieux dont elle ne comprend pas bien l'absurdité ; elle comprend mal ce qu'on lui dit sur le démon, ou ne le comprend qu'un instant. Jean ou Claire veulent bien déclarer eux-mêmes que leur maladie est ridicule, mais ils n'admettent pas qu'on le leur déclare. Si on insiste sur la négation de leurs idées, ils se tournent du côté de l'affirmative et recommencent à nous présenter ces débuts d'actes et d'images hallucinatoires qui ont été décrits. Il faudrait à ce propos revenir sur tous les caractères positifs de l'obsession, car ceux-ci nous montrent bien que l'idée absurde a bien une certaine réalité, une certaine puissance dans l'esprit des malades et par conséquent qu'elle n'existe pas sans sans être accompagnée par une certaine croyance.

Comment se mêlent alors et se juxtaposent cette critique qui semble aller jusqu'au défaut de croyance, à la négation et cette tendance à l'action, à la représentation qui forme une croyance ? D'abord on peut dire que les deux phénomènes n'existent pas simultanément. La croyance n'existerait que dans les périodes de crise et la critique dans les périodes de lucidité. Cela est vrai en partie et il y a des moments de crise que nous étudierons plus spécialement ou la croyance est certainement plus grande. Mais je ne crois pas que la différence entre la crise et l'état de lucidité soit jamais tranchée comme elle l'est chez les hystériques. Ces malades n'arrivent jamais ni à croire complètement, ni à nier complètement, leur délire. Ils restent dans un état intermédiaire rempli de contradictions : ils reconnaissent que leur idée n'est pas conforme à l'opinion générale et qu'il ne faut pas l'exprimer en public devant des gens « un peu au courant de leur situation », ils veulent bien être malades sur un point mais pas sur tous et le plus souvent ils oscillent suivant les différents moments du temps.

Ils restent donc dans un état de *doute* extrêmement pénible dont nous trouvons un type dans le cas de Je... Cette femme de 51 ans a une attitude humble, inquiète et cependant agitée. « Je ne peux plus rien faire depuis trois mois, je n'ai plus de goût à rien, je ne sors pas, je ne peux plus m'habiller, c'est à cause de ce malheureux bonnet. J'ai volé le bonnet d'une de mes voisines... Mais elle dit que non, je sais bien que je ne l'ai pas volé, j'en suis incapable... Je crois l'avoir volé pas pour le garder, mais pour le jeter dans le feu... Mais il y a une grille autour du poêle et je

n'avais pas la clé pour l'ouvrir... etc. » Elle reste dans l'hésitation indéfinie. Cet état de doute se rattache d'ailleurs très bien aux faits précédemment étudiés : la croyance résulte de ce fait que l'idée entièrement développée a atteint l'action et la perception, la vraie croyance fait agir et fait voir. Ces deux grands caractères de la croyance étant absents il est tout naturel que le sujet n'y parvienne pas.

On a voulu faire une maladie spéciale de ce doute sous le nom de délire du doute (Legrand du Saulle), puis on en a fait une obsession spéciale (Arnaud). Je crois que le doute n'est pas une obsession, c'est une forme que peut prendre telle ou telle obsession. Je... doute a propos du bonnet volé, comme Lise à propos des enfants voués ou diable, comme Claire à propos de son immoralité, comme Jean doute de la méningite qu'il craint de s'être donnée en lisant une colonne du journal. C'est une forme générale que prend l'obsession avec développement incomplet chez les scrupuleux.

Ce doute général chez tous est plus ou moins marqué chez quelques-uns et peut prendre des formes plus particulières qui constituent les autres formes du scrupule.

5. — *Développement incomplet de l'idée obsédante.*

Je viens d'étudier quatre caractères de l'obsession scrupuleuse: la durée et la reproduction facile de l'idée, la tendance à l'action, la tendance à la représentation hallucinatoire, la croyance, parce que ces caractères déterminent l'importance et le rôle des idées et indiquent le degré de leur développement.

On comprend facilement la signification de ces caractères en étudiant les suggestions hypnotiques ou certaines idées fixes des hystériques. Pour le montrer je rappellerai en deux mots un cas remarquable sur lequel j'ai déjà longuement insisté[1]. Depuis vingt ans Justine est obsédée par l'idée d'une maladie, celle du choléra. Il lui suffit de penser à une maladie, de voir un hôpital, de sentir l'odeur de l'acide phénique pour que son esprit soit envahi par cette idée. Elle pousse alors des cris de terreur, contracture ses

1. [illegible]

jambes, vomit, perd les urines et les selles. En même temps elle entend le glas des cloches, entend des voix crier « choléra, choléra », voit des cadavres de cholériques, sent leur odeur, etc. ; elle est convaincue qu'elle est atteinte du choléra, elle l'a même en réalité autant que cela est possible.

A cet exemple ancien je voudrais ajouter un fait du même genre tout aussi caractéristique. Lec..., jeune femme de 25 ans, déjà gravement atteinte d'hystérie, qui a déjà eu des attaques et de la chorée par imitation d'une danse de Saint-Guy, a découvert un jour que son amant la trompait avec une jeune fille qu'elle connaît bien. De là une jalousie féroce et l'idée fixe de la vengeance : elle pense constamment à cette vengeance, s'en représente d'avance toutes les péripéties ; elle veut tuer sa rivale dans les bras de l'amant coupable et pour échapper aux conséquences elle veut se tuer elle-même. Cette idée grandit, se précise de plus en plus, si bien qu'un jour Lec... un revolver à la main, s'embusque à une fenêtre et quand elle voit passer sa rivale dans une voiture près de son amant, elle tire deux coups sur eux, s'enfuit et va se jeter dans la rivière. Ces actes très réels n'eurent heureusement aucune conséquence grave : personne ne fut atteint et Lec... fut retirée de la rivière simplement évanouie. Comme on reconnut son état, on se borna à la transporter à la Salpêtrière dans le service de M. Raymond. Là elle présente à tout instant l'accident suivant : à propos de la moindre chose, parce qu'elle regarde dans la cour, parce qu'elle voit une malade causer avec un homme, parce qu'on prononce un mot devant elle, la voici qui se trouble, cesse de parler et garde les yeux fixes. Elle se dirige vers une armoire et semble y prendre un objet qu'elle garde dans la main droite ; elle s'approche de la fenêtre, regarde dans la cour avec un air de fureur, tend son bras droit, semble décharger un revolver en poussant un cri, puis se met à courir en travers de la salle, elle finit par se jeter par terre et reste évanouie. En un mot elle joue de nouveau, mais cette fois sans réalité extérieure, la scène du meurtre et du suicide. Des hallucinations nombreuses ont simplement remplacé les perceptions absentes puisque les circonstances ont changé.

Dans ces observations on peut noter entre autres faits importants les caractères suivants : 1° Pendant une longue période, plus de vingt ans chez Justine, l'idée réapparaît subitement à propos de

certaines associations d'idées, comme si on déclenchait un ressort qui fait fonctionner un mécanisme automatique sans aucun effort du sujet. 2° Le passage de l'idée à l'acte est étonnamment rapide et complet. Les mouvements, les actions en rapport avec l'idée fixe sont immédiatement exécutés et d'une manière aussi complète que possible, étant données les circonstances. 3° On constate aussi le passage également rapide et complet de l'idée à l'hallucination qui envahit tous les sens et se présente avec le plus grand degré de complexité et de réalité. 4° Le sujet, au moins pendant une période déterminée est absolument convaincu de la réalité de son idée fixe.

J'ai essayé souvent de résumer ces caractères essentiels de la suggestion hystérique par la notion du développement des idées. Une idée, en effet, peut être considérée comme un ensemble, un système d'images empruntés à divers sens[1], ayant chacune des propriétés spéciales et diversement coordonnées les unes avec les autres. La pensée d'un bouquet de roses ou la pensée d'un chat, de même que la pensée d'assassiner ou de donner ses enfants au diable est toujours au fond un système de ce genre plus ou moins compliqué. Ce qui donne aux idées des aspects très particuliers et distincts les uns des autres, c'est le degré de développement que peut présenter ce système. Le plus souvent ces systèmes se reproduisent dans notre esprit d'une façon tout à fait spéciale ou abrégée, par exemple l'image sonore ou kinesthésique du mot fleur ou du mot chat se reproduira seule ou à peu près et suffira pour représenter tout le système complexe dont elle n'est qu'un petit élément. L'effort de la pensée consiste dans ce cas non à développer l'idée de fleur ou l'idée de chat, mais à adapter, à coordonner cette image rapide avec les sensations nouvelles et actuelles de manière à constituer et à développer jusqu'au bout d'autres systèmes d'images dont les premiers ne sont que des éléments.

Au contraire, une idée peut se développer complètement lorsque tout le système d'images qu'elle contient en puissance se réalise complètement, que les diverses images apparaissent simultanément ou à la suite les unes des autres en conservant leur coordination. En effet, ces images sont rattachées les unes aux autres de telle sorte que la présence de l'une d'entre

1. *Automatisme psychologique*, 1889, p. 200. *Accidents mentaux des hystériques*, 1893, p. 23; *Névroses et Idées fixes*, 1898, I, 162.

elles suffit pour évoquer les autres dans un ordre déterminé. Chaque image entraîne avec elle les conséquences physiologiques ou psychologiques qui en dépendent, les unes déterminant des mouvements des muscles, les autres des mouvements des organes sensoriels, les autres des modifications vasculaires et des états d'émotion. Il est facile de constater que toutes les idées qui parviennent à cette seconde forme de développement complet envahissent complètement l'esprit du sujet et sont accompagnées de conviction profonde. Au contraire les idées qui en restent à la première forme sont vagues, n'occupent qu'une petite partie de l'esprit et peuvent n'être accompagnées d'aucune croyance.

On voit très bien par les expériences de suggestion le passage graduel de la première forme à la seconde quand dans l'esprit du sujet l'idée se développe, c'est-à-dire déroule tous les éléments qu'elle contenait implicitement grâce à l'éducation antérieure et tend de plus en plus à se compléter. Le sujet passe de l'idée abstraite à l'idée concrète qui lui paraît de plus en plus réelle et à laquelle il accorde le plus en plus de croyance.

En décrivant la manière dont se présentait l'idée fixe du choléra chez Justine j'ai pu montrer que c'était grâce au développement parfait de tous les éléments contenus dans cette idée qu'elle pouvait prendre cette puissance énorme de conviction et se transformer en une réalité incontestable. En un mot toutes ces études anciennes brièvement résumées nous amènent à penser que la conviction est en rapport avec le développement que les idées prennent actuellement et qu'au contraire le défaut de croyance est en rapport avec un développement tout à fait incomplet de ces mêmes idées.

Sans discuter complètement la question de la nature de la croyance ne pouvons-nous pas appliquer à nos malades scrupuleux le résultat de ces anciennes études, ne pouvons-nous pas soupçonner que leurs obsessions n'entraînent pas la conviction parce que ce sont des idées à développement très incomplet. C'est cette différence capitale justement remarquée depuis longtemps qui a donné lieu à la distinction importante entre les *idées fixes* admises complètement par l'esprit du malade et les *obsessions* qui restent toujours incomplètes et qui n'entraînent pas la conviction.

L'étude que nous venons de faire ne nous montre-t-elle pas qu'à ce point de vue l'obsession des scrupuleux ne présente pas la même forme que celle des hystériques. L'apparition de l'idée est beaucoup moins nette : l'association des idées qui l'amène est beaucoup plus large et plus vague. Elle n'est pas due au déclenchement automatique d'un ressort, mais à une recherche du sujet. L'exécution est très loin d'être complète et les actes quand ils existent ne sont qu'ébauchés. L'hallucination n'est qu'apparente et la représentation ne se complète pas assez pour prendre le caractère de réalité extérieure. Nous pouvons résumer ces caractères en un mot. L'obsession des scrupuleux est caractérisée par un développement très incomplet des éléments contenus dans l'idée et elle diffère sur ce point de la suggestion et de l'idée fixe hystérique où ce développement est aussi complet que possible.

Il en résulte que sur ce point l'obsession des scrupuleux se rapproche des idées normales caractérisées elles aussi par un développement incomplet. Sans doute nous avons observé qu'il y a plus de durée, plus de facilité d'évocation, plus de tendance à l'acte et à la représentation que dans la moyenne des idées normales, surtout si l'on tient compte du contenu de ces idées et du peu d'importance qu'un homme normal leur attacherait. Le degré du développement est donc plus grand que dans la vie normale, on peut dire qu'il est variable suivant les cas, mais qu'il est toujours intermédiaire entre le faible développement normal et le développement complet des suggestions hystériques, sans arriver jamais ni à l'un ni à l'autre terme. Le fait le plus anormal à ce point de vue c'est, comme nous l'avons remarqué, la durée et la fréquence de pareilles idées plutôt que leur grand développement.

Il n'en est pas moins vrai qu'après cet examen on ne peut s'empêcher de constater que par leur force, leur degré de développement, leurs éléments positifs, ces obsessions ne diffèrent pas énormément des pensées normales et on reste étonné du trouble qu'elles amènent dans la vie des malades. Pour comprendre ce trouble il faut donc examiner encore ces malades à d'autres points de vue, chercher les autres symptômes qui accompagnent leurs idées obsédantes et voir si ces nouveaux symptômes ne donnent pas à l'obsession son caractère pathologique et sa raison d'être.

CHAPITRE II

LES AGITATIONS FORCÉES

Les obsessions proprement dites, c'est-à-dire les idées représentant dans l'esprit du sujet des événements, des objets et surtout des actions d'une manière générale ne nous ont pas paru avoir un développement suffisant pour expliquer la maladie. Il existe évidemment d'autres phénomènes pathologiques qui s'ajoutent à l'obsession et qui déterminent son caractère pénible et maladif. Nous remarquons alors que les mêmes malades sont tourmentés par un autre groupe de symptômes qu'il ne faut pas confondre avec l'obsession proprement dite. Ils se plaignent que sans se représenter une idée déterminée, ils sont cependant *forcés* de penser d'une manière exagérée, que leur tête travaille malgré eux, qu'ils sont de même *forcés* d'accomplir des mouvements au moins inutiles et de remuer sans aucune nécessité, enfin qu'ils éprouvent d'une manière *irrésistible* des émotions violentes sans que celles-ci soient suffisamment justifiées par les circonstances présentes. Ces opérations très diverses semblent quelquefois s'effectuer à propos des obsessions, mais elles existent très souvent sans qu'il y ait une obsession, c'est-à-dire une idée générale bien précise ; elles constituent un autre groupe de symptômes plus simples que les premiers. A côté des idées obsédantes (Zwangsvorstellungen), comme disait très bien un auteur allemand, M. Thomsen, il y a des processus obsédants (Zwangsvorgänge)[1] dont le cadre est beaucoup plus large.

Ces processus obsédants ont comme caractère essentiel au moins apparent de se développer d'une manière presque irrésistible, sans le consentement exprès du malade. Quoique ce caractère soit à examiner et à discuter, on peut au début admettre

1. Thomsen (Bonn). Contribution à l'étude clinique des idées obsédantes. *Arch. f. Psychiatr. und Nervenkrankh.*, XXVII, 1895.

l'importance de cette apparence et en tenir compte dans la désignation de ce groupe de phénomènes. Je suis très embarrassé pour adopter un terme général qui désigne tous ces phénomènes de manies mentales, de rumination mentale, de tics, d'agitations motrices, de phobies, d'angoisses, et cependant je crois essentiel de les réunir en un groupe unique. M. J. Donath, de Budapest[1], se trouvant en présence de la même difficulté, a proposé le mot « *anancasmes* » de (ἀναγκάζω, forcer). Le mot n'est pas sans intérêt, mais il est si étrange et si peu usité que j'hésite à l'adopter pour titre de ce chapitre. Les Allemands ont des expressions assez heureuses, « Zwangsprocessus, Zwangsvorgänge » : je me borne à les traduire en y ajoutant cependant un détail. Ces opérations forcées ne sont pas des opérations normales, ce sont des opérations de pensée, d'acte, d'émotion qui sont à la fois *excessives, stériles et d'ordre inférieur*. A la fin de ce chapitre, quand nous connaîtrons mieux ces opérations, nous verrons combien ces caractères sont importants. Il me semble que le mot « *agitation* » réunit assez bien ces divers caractères : aussi, faute de mieux, je réunirai ce second groupe de symptômes sous ce nom « *les agitations forcées.* »

Les agitations forcées peuvent être divisées en trois groupes suivant qu'il s'agit surtout *de pensées, de mouvements ou de phénomènes émotionnels*, en remarquant que dans chaque groupe l'agitation peut se présenter *d'une manière systématique* ou *d'une manière diffuse*. On peut donc au début de cette étude et d'une manière tout à fait sommaire classer ces agitations forcées d'après le tableau suivant dont les titres seront justifiés ultérieurement.

Les agitations forcées	1. Les agitations mentales..	Systématiques, *les manies mentales.*
		Diffuses, *la rumination mentale.*
	2. Les agitations motrices..	Systématiques, *les tics.*
		Diffuses, *les crises d'agitation.*
	3. Les agitations émotionnelles.	Systématiques, *les phobies.*
		Diffuses, *les angoisses.*

Dans une dernière section nous réunirons les caractères communs à ces différents groupes.

1. J. Donath (Budapest). *Archiv. f. Psychiatrie*, 1896.

PREMIÈRE SECTION

LES AGITATIONS MENTALES

Les plus remarquables de ces agitations, celles qui ont le rapport le plus étroit avec les obsessions, sont des agitations mentales, des opérations *d'ordre intellectuel,* des réflexions, des comparaisons, des recherches qui se développent rapidement et pendant des heures dans l'esprit du sujet ou s'imposent à lui d'une manière en apparence irrésistible. Quand ces agitations de la pensée sont *systématiques* elles constituent les tics intellectuels dont parlait Azam[1], les stigmates psychiques, comme les appelait Grasset ou simplement *les manies mentales,* suivant l'expression vulgaire qui me semble suffisamment claire[2]. On peut remarquer que ces opérations mériteraient presque toujours le nom de manies mentales de scrupule, car il s'agit toujours d'opérations intellectuelles interminables à propos de très petites choses qui occupent dans l'esprit du sujet une place tout à fait disproportionnée avec leur importance réelle.

Quand ces agitations forcées de la pensée sont diffuses, elles forment les phénomènes connus sous le nom de *fuite de la pensée,* de *mentisme,* de *rumination mentale.*

1. — *Les manies mentales de l'oscillation.*

Les premières et les plus typiques de ces manies, celles que le défaut de croyance caractéristique de l'obsession nous faisait prévoir sont les manies de *l'oscillation.* L'esprit n'arrive pas à une

1. Azam, *Revue scientifique,* 1891, I, p. 618.

2. On m'a reproché d'avoir employé cette expression de « manie mentale » parce que le mot de « manie » est déjà employé dans un autre sens quand on parle de « manie aiguë ». J'avoue que je ne comprends pas bien l'intérêt de cette critique : la confusion entre les deux sens du mot ne me paraît guère possible et il suffira dans tous les cas où le sens pourra être douteux d'ajouter l'épithète « mentale » qui n'a jamais été accolée à l'expression de « manie aiguë ».

conviction complète, à une décision unique, mais il continue indéfiniment à osciller entre deux termes. Cet état de doute que Montaigne appelait un mol oreiller pour les têtes bien faites devient pour les têtes de nos malades un instrument de torture. Si la manie porte sur des idées, des représentations elle prend la forme de manie du doute ou de l'interrogation, si elle porte sur des actes elle devient la manie de la délibération ou de l'hésitation.

1. — *La manie de l'interrogation.*

Beaucoup de malades s'interrogent à propos des sensations elles-mêmes : Nadia se regarde devant la glace et se demande si elle est pâle oui ou non, si elle est aussi pâle qu'hier. Vi... en goûtant la soupe se demande si elle a oui ou non le goût du poison. « Je doute de l'évidence, dit Za... Quand j'ai fait quelque chose je la recommencerai vingt fois et la vingtième fois je ne serai pas sûr de l'avoir faite et de ne pas avoir fait un crime à la place. »

Ils s'interrogent aussi sur leurs sentiments, Fa... (169), qui a des obsessions criminelles et des impulsions à tromper son mari, se demande si elle trouve les autres hommes mieux que son mari ou inversement, et Re... (140) cherche indéfiniment si oui ou non elle aime son fiancé.

Naturellement les interrogations porteront bien plus souvent sur les souvenirs. Lise a-t-elle voué son enfant au bleu? Il serait essentiel de le savoir : certaines circonstances la poussent à croire que oui, certaines autres à penser que non. Dès que la considération des unes l'incline à une opinion, les autres se présentent avec plus de force et le balancement continue pendant des heures à propos de ces souvenirs. Bor... a-t-elle dit des blasphèmes dans l'église? Ce n'est ni oui, ni non : elle ne le décide jamais. Lod... a-t-elle oui ou non de mauvaises pensées ? Il lui est impossible de le savoir. « Je me crois assassin, dit Za..., empoisonneur, le dernier des criminels et je passe mes jours et més nuits à me prouver à moi-même que ce n'est pas possible, l'homme sensé qui est en moi répète que c'est le comble de l'absurde, et cependant je ne suis calmé que pour un moment et j'en arrive à ne plus savoir si oui ou non j'ai commis ce crime. » Zo... recherche si elle a mis des épingles dans le dos des gens et examine minutieusement tous les mouvements qu'elle a accomplis.

We... cherche de même si elle a fait vœu d'être religieuse, Bor..., si pendant la communion, elle a poussé son voisin du coude, Je..., si elle a pris un timbre-poste il y a deux ans. « Je me souviens bien d'être entrée dans la chambre où était ce timbre, mais je ne me souviens pas de la position qu'ont gardée mes mains et c'est là ce qu'il faut retrouver. » C'est toujours l'instant essentiel qui est oublié et qu'il faut rechercher en gémissant.

Nous retrouverons ces recherches plus importantes encore dans d'autres manies mentales plus complètes. Ici nous notons seulement l'indécision, le doute et la manie de l'oscillation entre deux solutions.

2. — *Les manies de l'hésitation, de la délibération.*

Quand le doute porte sur des actes, il prend l'aspect d'une hésitation, d'une délibération interminable.

Tr... (118), jeune fille de 26 ans, a présenté au début de sa maladie, vers l'âge de 20 ans, une manie d'oscillation très curieuse par sa netteté. Son métier consistait à faire des fleurs en porcelaine, elle devait prendre un pétale en pâte tout préparé et lui donner avec le doigt une courbure, une gaufrure élégante. Pendant longtemps, elle avait fait ce travail avec succès et avec rapidité. On s'aperçut qu'elle travaillait de plus en plus lentement, puis qu'elle ne pouvait plus terminer aucun pétale. Au moment de donner la courbure à la pâte, elle pensait à une forme possible, puis à une autre qui serait peut-être plus élégante, elle revenait à la première forme, puis à la seconde et ainsi indéfiniment sans parvenir à terminer un pétale.

Loy..., âgé de 56 ans, doit renoncer à sa situation de notaire, car il n'arrive plus à signer un acte. Chaque signature qu'il doit donner éveille l'idée d'une malhonnêteté qu'il va accomplir, il s'interroge pour savoir s'il peut passer outre et accomplir l'acte malhonnête, s'il doit ne pas se laisser entraîner, s'il doit croire que l'acte est insignifiant, s'il doit consulter avant de signer, etc., etc.

Nadia ne veut pas manger de peur d'engraisser et de n'être plus aimée, d'autre part, elle a reconnu devant sa mère que l'idée était absurde et elle a promis de manger. Elle a donc fait deux promesses : l'une à elle-même, l'autre à sa mère : laquelle faut-il tenir? Si elle mange, elle sera honteuse de n'avoir pas eu d'éner-

gie, elle méritera d'engraisser réellement; si elle ne mange pas, elle aura des remords d'avoir manqué de parole à sa mère... et l'hésitation va se prolonger indéfiniment. « Faut-il se décider à sortir, se demande Lise de la même manière, et par là s'exposer à donner au diable l'âme de ses enfants ou faut-il rester à la maison et renoncer à une sortie utile. »

Jean nous présente les exemples les plus curieux de ces délibérations interminables, car chez lui les deux parties de la délibération semblent être personnifiées par les deux femmes qui sont l'objet principal de ses obsessions. Doit-il oui ou non monter dans un tramway? S'il y monte, le voisinage des femmes va ramener l'obsession de Charlotte. Cette pensée de Charlotte déterminera des fluides dans tous les membres, des tentations de masturbation, des crispations des organes, etc. S'il ne monte pas dans le tramway et s'il prend un fiacre va-t-il éviter tout cela et être tranquille? En aucune façon : il aura l'obsession d'une autre personne, celle de la femme de chambre Élise dont la tête lui apparaîtra avec une expression narquoise. Cette tête se mettra à rire de plus en plus, semblera lui parler et se moquer de lui. « Tu ne montes pas en tramway, tu vas payer un fiacre quarante sous et cela parce que tu as peur des femmes, hi, hi, hi. » Comment choisir sans tomber de Charybde en Scylla?

Il en est de même pour tous les actes. S'agit-il de jouer du piano près de sa mère, Charlotte envoie des fluides et Élise se moque de lui : « Tu veux cesser quand ta mère est là parce qu'elle te donne des excitations, eh bien, attends un peu, cric, crac. » Son pantalon le gêne, Charlotte donne l'idée de le découdre à la braguette « pour que les organes soient plus à l'aise »; mais Élise est prise de fou rire à la pensée du pantalon décousu. Entre les deux, Jean ne sait plus que faire. « Je ne puis pas prendre de décisions, je vois les conséquences de part et d'autre, je suis comme l'âne entre deux bottes de foin : que je fasse blanc, que je fasse noir, j'aurai toujours ma petite mesure de phénomènes. »

Cette hésitation est générale chez lui et les pensées hypocondriaques la déterminent aussi bien que les pensées relatives aux péchés sexuels. Ainsi il tient absolument à suivre un traitement hydrothérapique et je lui conseille de prendre des douches. Voici quelques-unes de ses réflexions à ce sujet : « Sans doute, la douche a ses avantages, elle est tonique pour le système nerveux, mais elle est excitante, elle me donne des excitations. Après

une douche je dois sans cesse remuer les doigts et pour qu'on ne le voie pas, je les remue derrière mon dos, comme cela... Ce mouvement est agaçant, il est dangereux, car il pourrait m'exciter les organes... il vaudrait mieux des bains tièdes que m'a jadis conseillés mon vieux médecin. Oui, mais le bain est aplatissant ; il m'abrutit, m'enlève toute énergie et tout pouvoir d'application, il pourrait me faire tomber dans la torpeur... Il est vrai que la douche a sur ce point un grand avantage, elle est tonique et réconfortante, je ne la prendrai pas froide, ni chaude, mais tiède, à 28°, il faudra prendre des précautions pour ne pas diriger le jet sur la colonne vertébrale et pour remonter bien de chaque côté... Oui, mais je l'ai déjà essayée ainsi, c'est tout de même excitant et cela pourrait ramener les fluides et les tentations... Ce danger est le plus grand en somme, il vaut mieux un bain tiède, un bain alcalin, on m'a dit que c'était calmant ; seulement après les bains de ce genre il faut renoncer à toute activité et moi qui me désole déjà de n'avoir pas de situation, pas d'occupation... Une douche me vaudrait évidemment mieux pour me tirer de là... » Si on ne l'interrompt pas, il continuera ainsi pendant plusieurs heures.

On comprend combien cette hésitation va troubler l'action. Mais nous verrons chez les scrupuleux bien d'autres troubles de l'action, ce qui nous amènera peu à peu à rechercher si ce trouble de l'action volontaire n'est pas le fait le plus important de la maladie.

3. — *Les manies du présage ou de l'interrogation du sort.*

A côté de la manie de l'interrogation, il faut placer un phénomène qui me semble voisin, la manie de l'interrogation du sort ou la manie des présages. Le malade ne pouvant arriver lui-même à la solution de la question qu'il s'est posée ou ne pouvant trancher son hésitation sur une action cherche partout des raisons qui pèsent d'un côté ou de l'autre ; il s'en remet à quelque affirmation extérieure. Mais il lui faut une affirmation extérieure qu'il ne puisse pas discuter, une affirmation mystérieuse et incompréhensible, aussi cherche-t-il à obtenir la décision du sort. De même quand nous hésitons entre deux actions qui nous paraissent égales ou du moins quand nous n'avons pas l'énergie suffisante pour reconnaître quelle est la meilleure, nous jouons à pile ou face.

Voici quelques exemples de cette manie fréquente et bizarre : Vy... se tourmente pour savoir s'il croit en Dieu ou s'il n'y croit pas et il se répète la phrase suivante : « *Si* en marchant dans la rue je puis éviter de traverser l'ombre des arbres, c'est que je crois en Dieu, *si* je traverse l'ombre, c'est que je n'y crois pas. » On trouve On... le front fortement appuyé sur un carreau de vitre. Voici ce qu'il pense : « *Si* le carreau n'est pas cassé quand j'appuie, c'est que je ne suis pas sacrilège, *s'il* casse, je le suis », et de fait, il n'appuie pas bien fort. « Si je ne casse pas ce verre que je serre, dit Lise, c'est que je n'ai pas voué mes enfants au diable. » « Si je marche du pied droit, dit Bor..., c'est que j'ai pensé du mal de Dieu. » « Si je me coiffe de telle façon, dit Vi..., je ferai casser la jambe à mon garçon. » « Si le bon Dieu, dit Ger..., m'envoie les idées de défaire les morts dans les cimetières, c'est que ma petite fille sera méchante... Si je vais trois dimanches de suite à la messe sans fêtes intermédiaires, c'est que Dieu veut me sauver, etc... »

Les choses se compliquent quand il est difficile de constater le phénomène qui sert de présage, car alors le doute recommence sur lui et cela donne lieu à toute une nouvelle interrogatoire. Ainsi We... se demande si elle doit oui ou non devenir religieuse. Elle conclut dans sa sagesse que si Dieu la veut comme religieuse, il lui fera voir des présages dans le ciel, c'est-à-dire des croix et des figures de saintes, et la voici le nez en l'air à regarder le ciel et à se demander si elle y voit des croix et des images de saintes. Ce problème devient tout un nouveau délire avec doutes, interrogations, examen perpétuel du ciel, et ce qu'il y a de plus malheureux, incertitude sur les souvenirs. Aujourd'hui, elle ne voit pas de croix, ni de saintes dans le ciel, mais en a-t-elle vu hier ? Il faut rechercher l'emploi des moments de la journée et la voici saisie d'une inquiétude. Comme au fond elle ne veut pas être religieuse, elle ne veut pas avoir vu de présages et elle a la crainte d'en avoir vu.

Cette façon de s'en remettre au destin du soin de décider pour nous est très caractéristique et on la retrouve dans beaucoup d'observations anciennes. Le mystique anglais Bunyan s'interroge en marchant sur une route et se demande s'il a oui ou non sauvé sa foi. Le tentateur lui suggère l'idée qu'il peut le décider en vérifiant si ses prières sont oui ou non capables faire des miracles. Que dans une prière, il demande à Dieu de changer les

flaques d'eau en endroits secs et les tas de boue en poussière sèche et qu'il vérifie ensuite. Il lui vient en idée que s'il fait cette vérification et qu'elle ne réussisse pas, il se croira damné. « S'il en est ainsi, je n'essayerai pas encore, je veux attendre un peu pour le faire. »[1]

J.-J. Rousseau qui, par bien des côtés, était un malade tout à fait semblable à ceux que j'étudie ici, note dans ses *Confessions* qu'il se sentait poussé à résoudre les questions insolubles par un procédé semblable. « La peur de l'enfer m'agitait encore souvent ; je me demandais : en quel état suis-je ? Si je mourais à l'instant même, serais-je damné ?... Toujours craintif, et flottant dans cette cruelle incertitude j'avais recours, pour en sortir, aux expédients les plus risibles et pour lesquels je ferais volontiers enfermer un homme si je lui en voyais faire autant... Je m'avisais de me faire une espèce de pronostic pour calmer mon inquiétude. Je me dis : je m'en vais jeter cette pierre contre l'arbre qui est vis-à-vis de moi ; si je le touche, signe de salut ; si je le manque, signe de damnation. Tout en disant ainsi, je jette ma pierre d'une main tremblante et avec un horrible battement de cœur, mais si heureusement qu'elle va frapper au beau milieu de l'arbre ; ce qui véritablement n'était pas difficile, car j'avais eu soin de le choisir fort gros et fort près. Depuis lors, je n'ai plus douté de mon salut[2]. » Rousseau se dit rassuré sur son salut par une seule expérience heureuse, c'est qu'il n'était guère malade à ce moment. Nos malades ne sont pas si faciles à satisfaire et l'on a vu que la recherche des présages devenait chez eux une véritable manie, aussi interminable que la manie des interrogations dont elle me paraît dériver.

M. Van Eeden[3] décrit sous le nom de manie de superstition une intéressante variété de manies mentales. Son malade attache une signification prophétique a des faits insignifiants : une cravate de telle couleur lui promet bonheur ou malheur, une borne qu'il touche ou non de sa canne décide de sa destinée. Ce n'est pas là une maladie particulière et rare, comme l'auteur semble le penser : c'est une forme assez fréquente de la manie de l'interrogation.

Ces premiers phénomènes, les manies du doute, de la délibé-

1. Josiah Royce, The case of Bunyan. *Psychological Review*, 1894, 137.
2. J.-J. Rousseau, *Les Confessions*, I, liv. VI, édit des œuv., 1839, XV, p. 437.
3. Van Eeden, *Revue de l'hypnotisme*, 1892, p. 14. Psychothérapie, 1894. Cf. M. Bramwell, *Brain*, 1895, p. 335.

ration, de l'interrogation, des présages se relient comme on voit étroitement. Elles peuvent former un premier groupe dont le trait caractéristique est l'oscillation de l'esprit. Il y a un balancement entre deux idées, le oui et le non, et l'esprit n'arrive pas à se fixer définitivement ni sur l'une ni sur l'autre. Il cherche avec effort des raisons pour ou contre et il n'arrive pas à se satisfaire malgré l'interrogation des présages.

2. — *Les manies de l'au delà.*

L'esprit toujours instable peut cependant ne pas osciller indéfiniment entre deux termes opposés. Il lui suffit de dépasser le terme donné, de le remplacer par quelque chose d'autre, d'aller simplement au delà. C'est le caractère que je retrouve dans une foule de manies dont je ne puis signaler que les principales.

1. — *Les manies de la précison.*

Le malade qui ne peut arriver à la certitude a besoin pour se rassurer d'environner ses actes et ses pensées de tout ce qui peut les préciser, les matérialiser en quelque sorte. Legrand du Saulle le remarquait déjà : « sons l'influence d'habitudes invétérées d'onanisme, dit-il, le malade eut une sorte de précision maladive, d'attention exagérée, provenant d'un certain manque de confiance en lui [1]. »

Nous retrouvons ce besoin chez beaucoup de nos malades. Jean est tout à fait désespéré de ma façon de rédiger une ordonnance pour les douches, il veut qu'on indique la température exacte, la pression en chiffres, le nombre de secondes, l'endroit du dos, où doit frapper le premier jet, la ligne que le jet doit tracer sur le corps en faisant des détours pour éviter certains points, l'endroit du dos par lequel il faut finir, etc : il doit épouvanter son doucheur. Il faut faire chaque chose à sa date et il aurait des remords épouvantables s'il lisait un journal d'une date ancienne « c'est un désordre, ce n'est pas à cette date qu'il devait être lu ». Wo. s'épuise à prendre des notes minutieuses sur tous les livres

1. Legrand du Saulle, *Folie du doute*, p. 17.

qu'elle lit, à tenir un journal de tous les incidents de la journée, à tout noter par écrit avec précision.

J'ai signalé autrefois à propos de la parole intérieure une malade F... qui avait l'habitude bizarre de se répéter en dedans le nom des objets qu'elle voyait : « c'est un pavé, c'est un arbre. c'est un tas d'ordures[1]. » Je n'avais pas compris à ce moment la raison de ce besoin. En réalité c'était une scrupuleuse, qui craignait en passant près des gens de leur faire du mal, qui retournait en arrière pour voir si elle n'avait pas cogné les chevaux, qui s'interrogeait indéfiniment pour savoir si elle avait payé, etc. Cette dénomination perpétuelle des objets était chez elle en rapport avec une manie de précision.

D'autres auront *la manie des vérifications,* qui diffère peu de la précédente. R... identique sur ce point à un malade de M. Arnaud tâte perpétuellement ses vêtements et surtout ses poches « pour vérifier si tout est bien à sa place, si elle est bien tirée à quatre épingles, si elle n'a perdu aucun petit objet. » Ser... touche à chaque instant ses oreilles « pour voir si elle a toujours ses boucles d'oreille » on verra que cette manie devient souvent l'origine des tics. Il est inutile de rappeler les malades bien connus qui vérifient indéfiniment si la porte est bien fermée, si le gaz est éteint, si la lettre est bien dans la boîte, etc.

A la même manie de précision se rattache *la manie de la fixité des idées* qui a déjà été décrite à propos de la forme des obsessions.

Il faut placer dans un groupe voisin *les manies de l'ordre.* On voit souvent débuter la maladie du scrupule chez les enfants comme chez Ser..., chez les enfants de Lise, par la manie de plier leurs robes exactement dans les mêmes plis, de ranger leurs vêtements le soir en se couchant, de mettre de l'ordre dans leurs armoires de façon tout à fait exagérée et ridicule. Plus tard la manie devient grave, Lkb..., femme de 22 ans, ne peut plus souffrir qu'aucune personne pas même son mari entre dans sa chambre : « j'ai trop peur qu'on ne dérange mes affaires, si quelqu'un dérangeait chez moi une épingle, cela me rendrait affreusement malade. » Vk..., femme de 58 ans, s'épuise depuis 20 ans à mettre de l'ordre dans son ménage, elle refuse de manger et de dormir « avant qu'elle n'ait mis tout en ordre » et elle ne

1 *Névroses et Idées fixes,* I, p. 23.

peut y parvenir « car elle voudrait la perfection et elle a été débordée. » Qsa... éprouve toujours le besoin de ranger « ses affaires, ses papiers, c'est pour lui un besoin de simplification perpétuel ».

Claire met de l'ordre non seulement dans ses objets mais encore dans ses idées. Il faut qu'elle pense la même chose à la même heure, à la même place. Il faut qu'elle ne pense pas plus un jour qu'un autre, il faut surtout qu'elle raconte les événements dans un ordre déterminé. Personne n'obtiendra qu'elle raconte tout de suite ce qu'elle a éprouvé hier : il lui faut reprendre les choses par le commencement et réciter par ordre chronologique ce qu'elle a éprouvé depuis dix ans avant d'en arriver à la journée précédente.

Mettons à côté *la manie de la symétrie* dont M. Azam nous donne un exemple : « il lui faut toujours ranger les objets la moitié à sa droite, la moitié à sa gauche... Si elle a mis le pied sur une pierre un peu saillante, elle se sent forcée de rechercher pour l'autre pied une sensation analogue. Lorsqu'elle a placé une main sur du marbre ou sur tout autre objet froid elle est contrainte de faire subir à l'autre organe symétrique une impression analogue [1]. »

Jean a des besoins semblables : si en levant les yeux il a remarqué un objet rouge à sa droite il lui faut détourner la tête et cherche à fixer son regard sur un objet rouge fixé à gauche. M. Flournoy, dans son livre sur les synopsies [2] signale une *symétromanie typographique* : « les mots et les noms qui ne sont pas composés d'un nombre régulier de lettres m'ont toujours fait une impression désagréable et causé un vrai chagrin à mes yeux. Les titres de livres, les enseignes de magasin me donnent toujours sous ce rapport un vrai travail : je compte les lettres, et si elles ne sont pas en nombre pair, je coupe les mots de façon à mettre une lettre isolée au milieu des autres ; ainsi pour les mots Japon, seule, je les écris en pensée de cette manière : Ja-p-on, se-u-le ».

On a souvent remarqué l'importance *du contraste et de la contradiction* chez ces malades, M. Raggi [3] rapporte l'observation

1. Azam, Les toqués. *Revue scientifique*, 1891, I, 618.
2. Flournoy, *Les synopsies*, 1892, p. 221.
3. Raggi, *Archivio italiano per la malattie nervose*, 1887.

d'un jeune homme de vingt ans qui, par instants, ne pouvait ouvrir la bouche sans être forcé de faire les raisonnements les plus absurdes et souvent même de dire tout le contraire de ce qu'il aurait voulu. M. Séglas, qui cite ce cas, ajoute plusieurs observations du même genre [1]. « Ce qui le peine le plus, dit son malade, c'est qu'il lui arrive par moments de se contredire lui-même et au moment où il veut exprimer une idée de dire tout le contraire de ce qu'il veut. » MM. Pitres et Régis [2] donnent plusieurs exemples curieux de ce phénomène. « C'est, disent-ils, la manie blasphématoire de Verga. » Dans la prière, on voit « maudit » au lieu de « bénit », « enfer » au lieu de « ciel », « Wilde Sau (sanglier sauvage) » au lieu de « Liebe Frau (notre Dame) » au lieu de « je vous ai au cœur » elle pense « je vous ai au cul » au lieu de « mon Dieu je n'adore que vous » elle pense « j'adore ça » et elle croit « voir un derrière ». On observe facilement des faits semblables : Bunyan pense à adorer un balai, une ordure quand il veut prier Dieu, Claire, Vy.. et bien d'autres pensent à se masturber quand elles veulent préparer une confession et Qi..,(113) se sent forcée d'appeler « cochon » les gens qu'elle respecte le plus.

Les auteurs qui rappellent de tels faits les rattachent volontiers à quelque loi profonde de l'esprit. M. de Sanctis, dans un article intéressant, parle de l'association par contraste qu'il explique ainsi: « Un certain exercice forcé de l'attention inhibe et éloigne l'image à laquelle il s'applique et favorise l'opposition et la victoire de l'association par contraste [3]. » Il y a beaucoup de vérité dans cette remarque que je reprendrai plus tard, mais il ne faut pas oublier que les phénomènes de contraste présentés par les scrupuleux ne sont pas toujours des phénomènes primitifs, spontanés, ce sont des phénomènes voulus, cherchés par le malade, c'est bien souvent une manie de précision, de comparaison, d'opposition extrême qui le pousse à chercher ce terme qui fait si bien contraste.

C'est aussi de la même manière que je comprendrai les associations d'idées extravagantes que présentent certains malades et qui semblent jouer un rôle énorme dans la reproduction des

1. Séglas, *Leçons cliniques sur les maladies nerveuses et mentales*, 1895, p. 129.
2. Pitres et Régis, *op. cit.*, p. 45.
3. S. de Sanctis, *Fenomeni di contrasto in psicologia*. Rome, 1895.

obsessions. J'en ai déjà cité beaucoup à ce propos, en voici encore une : Jean trouve de l'obscénité dans la durée de trois quarts d'heure ; une visite de trois quarts d'heure serait obscène parce qu'il a appris qu'un personnage est resté trois quarts d'heure avec une femme avant de mourir. Ce sont là à mon avis *des manies mentales d'association* et non de véritables associations irréfléchies et ces manies d'association ne sont que des conséquences des manies de la précision.

La manie de la propreté se présente fréquemment, nous la retrouverons dans bien des cas, en particulier à propos des phobies, mais elle se rattache aussi à ce besoin de faire les choses avec netteté, avec précision. Vk... se lave les mains indéfiniment sans crainte précise de souillure, simplement parce que « les mains mal lavées, c'est du désordre ».

La micromanie mérite qu'on s'y arrête : il est évident que beaucoup de ces malades accordent plus d'importance à ce qui est petit qu'à ce qui est grand, Chu..., femme de 36 ans, recherche avec anxiété les « petites miettes de graisse, les miettes de saleté » mais ne s'occupe pas « des grandes saletés ». Bow... a peur « des petits bruits » non des grands. « Un coup de canon ne me fait rien, mais j'ai envie de tuer les gens qui mâchent, qui se curent les dents, qui toussent... » M. Stadelmann de Wurzbourg[1] rapporte une jolie observation d'un homme de 30 ans, préoccupé depuis la puberté par la préoccupation de ce que deviendront dans l'avenir divers objets insignifiants, une mouche qui vole, une allumette éteinte, la cendre du cigare, les taches de bougie tombées à terre, etc. M. Farez rapporte aussi des obsessions et des dégoûts pour des très petits objets, bouts d'allumettes, taches de bougies[2]. Il est inutile d'insister sur l'importance que ces malades attachent aux « petits microbes ». Dans cette préoccupation de ce qui est petit entre évidemment la manie de l'attention et de la précision.

1. Stadelmann (Wurzbourg). Traitement psychique. *Société d'hypnologie et de psychologie*, 20 mars 1900.

2. P. Farez, Cas de phobie consciente. *Société d'hypnologie et de psychologie*, 20 mars 1900.

2. — *Les manies arithmétiques.*

La manie des chiffres, *l'arithmomanie*, nous paraît mériter par son importance clinique et par sa fréquence de former un groupe à part, quoiqu'elle soit en réalité une variété de la manie de précision précédente : le besoin de précision fait que les malades se prennent de passion pour les idées qui ont la réputation d'être particulièrement précises, les idées mathématiques ou plutôt les plus simples d'entre elles, les nombres.

On note d'abord chez eux une prédilection pour tout ce qui s'exprime en chiffres. Jean semble avoir une mémoire extraordinaire pour l'âge des personnes, leur date de naissance, la date de tous les événements de l'histoire contemporaine et de sa propre histoire. Il n'oubliera jamais en vous racontant son histoire de vous dire la date de sa première masturbation et la date de la dernière, la date du jour où pour la première fois je l'ai forcé à uriner convenablement. On cite souvent des cas de mémoire extraordinaire chez des individus qui récitent les actes de naissance et de mort de tous les hommes de la commune ou qui récitent l'horaire du chemin de fer. On a tort, à mon avis, de ne considérer en eux que la mémoire et de les décrire uniquement comme des hypermnésiques. Si l'on remarquait que ce sont des scrupuleux, qui ont la manie de diriger toute leur attention sur ce point et qu'ils n'apprennent en réalité rien d'autre, on trouverait cette mémoire moins merveilleuse.

Dans une seconde forme les malades accordent une grande importance à certains nombres déterminés : Lise donne sa préférence aux nombres 2, 3, 4, 375, qui représentent telle ou telle de ses idées obsédantes. Jean déteste les nombres 6, 14, 20, prononcés par Charlotte, 22, date du jour où la femme de chambre l'a quitté, 57, l'âge de Charlotte, 53, date de sa naissance, etc.

On a depuis longtemps signalé le besoin de compter. M. Ginestoux a présenté à la société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, en 1897, un jeune homme de 27 ans qui depuis l'âge de 10 ans compte toutes les lettres contenues dans les phrases qu'il pense, qu'il dit, qu'il écrit ou qu'il entend, sans que ce travail phénoménal soit cependant une gêne ou une fatigue pour lui [1]:

1. Ginestoux, *Revue scientifique*, 1897, I, 473.

le dernier point serait à vérifier. On connaît le malade célèbre de Legrand du Saule qui en entrant chez le médecin lui demandait la permission de compter d'abord les boutons de son gilet. Jean n'a-t-il pas imaginé de compter le nombre de lettres qui dans l'alphabet séparent les différentes lettres d'un mot : le mot « mère » est pour lui 7, 12, 12 ; car entre M et E il y a 7 lettres et 12 entre R et E. Zo... se croit obligée de compter toutes les épingles qui sont dans la maison afin de vérifier si elle n'en met pas dans la soupe.

Enfin dans des cas plus complexes les malades ont besoin de compter jusqu'à des nombres déterminés ; Ser... et F... exigent que chaque question leur soit répétée trois fois avant qu'elles daignent répondre. Mw..., jeune fille de 28 ans, compte malgré elle le nombre de doigts avec lequel elle touche un objet : pour rien au monde elle ne voudrait toucher un objet avec 7 doigts à la fois, aussi pour l'éviter prend-elle la résolution de ne rien toucher qu'avec une seule main. Rien n'y fait, elle a touché l'objet complètement avec trois doigts et légèrement avec le quatrième, cela fait 3 doigts 1/2 et elle pense forcément que, si elle avait mis les deux mains, cela ferait 3 1/2 × 2 c'est-à-dire 7. Jean compte ainsi une foule de choses, le nombre de fois qu'il avale sa salive, les battements de son cœur ; il compte par 4 et par multiples de 4, « un, deux, trois, quatre, il faut que je les compte sans quoi j'étoufferais et je ne pouvais pas m'arrêter avant quatre ; cinq six, sept, vous savez qu'on ne peut pas s'arrêter à sept : huit, j'ai été obligé d'aller jusqu'à huit. Si l'excitation était très forte, il faudrait encore une série de quatre. Quelquefois il faut aller jusqu'à 32,64 ». Je remarque en passant que ce compte des battements du cœur est tout à faire imaginaire : j'ai essayé une fois de compter moi-même son pouls pendant qu'il comptait à sa façon les battements du cœur, nos comptes étaient absolument discordants. Il compte ainsi toutes sortes d'actions bizarres que nous retrouverons à propos de la lutte contre les obsessions et à propos de la manie de compensation. Un autre malade Vy... me disait naïvement qu'il avait besoin de compter pour se raccrocher à quelque chose. Je crois que ce malade a raison, l'arithmomanie n'est pas une obsession spéciale, une idée fixe isolée, c'est une manie mentale, une sorte de besoin pathologique de précision qui peut s'appliquer à toutes les obsessions, et même à des idées quelconques.

3. — *Les manies du symbole.*

Je désigne par ce mot une tendance et un besoin très curieux qui me semblent n'avoir pas été suffisamment remarqués : c'est le besoin de traduire en images, en représentations sensibles les sentiments et les idées. Ce besoin se constate d'abord dans le langage des malades. On est frappé de l'abus qu'ils font des métaphores pour exprimer leur état. « Je suis un pauvre petit oiseau sans plumes... je suis au milieu d'un labyrinthe avec d'innombrables couloirs obscurs..., je suis comme un sac couché par terre et l'humanité danse dessus. » Il faudrait recopier tous leurs discours pour mettre ce signe en évidence.

Le symbole se retrouve encore bien plus dans les images que se représentent les scrupuleux, images qui donnent naissance aux pseudo-hallucinations que nous avons étudiées précédemment. On a dû être étonné du contenu singulier de ces pseudo-hallucinations. D'ordinaire l'hallucination reproduit un spectacle particulièrement impressionnant qui mérite de rester dans la mémoire ; une hystérique a l'hallucination de la tête de son père sur son lit de mort, une autre de la figure de son amant qui l'embrasse. Ici nous avons signalé chez Voz... l'hallucination du mur du lycée, de quatre arbres qui l'entourent pendant qu'il marche, chez Rp... l'hallucination de la silhouette d'un homme qui passe. Comment ces images banales ont-elles pu attirer assez l'attention pour se reproduire ainsi indéfiniment ? En réalité, ce ne sont pas de simples souvenirs, ce sont des images qui ont un sens, une signification et cette signification est plus importante que l'image elle-même : en un mot ce sont des symboles.

Rp... qui voit passer devant lui à cinq mètres de distance le directeur de l'école avec un visage souriant ou courroucé est un scrupuleux qui a la manie des présages. Il s'est dit que son entreprise réussirait s'il voyait passer devant lui son directeur avec le visage souriant. Il va tout à l'heure s'interroger, nous le savons, et se demander si le visage était souriant ou non, peu importe. L'essentiel à remarquer maintenant c'est que cette vision imaginaire de la figure du directeur est devenue un symbole qui résume les bons et mauvais présages. Voz..., ce jeune homme de 22 ans, qui a des pseudo-hallucinations si curieuses du mur, des arbres du lycée, des chaînes qui lui barrent le chemin, éprouve

au suprême degré un sentiment très fréquent chez les scrupuleux et aussi chez les persécutés, un amour passionné, obsédant, de la liberté avec l'impression qu'elle lui est ravie. « Je sens toujours comme une limitation qui me contraint, qui m'arrête, je suis obsédé par la pensée de contrainte et de limite à mon action... » Nous aurons à étudier la genèse de ce sentiment si curieux et si fréquent ; pour le moment remarquons comme il est bien symbolisé par les images que voit le malade, le mur du collège, les arbres de la cour entre lesquels il croit marcher sans cesse, les cordes qui le lient. Peut-on trouver plus parfaite hallucination symbolique ?

Chez d'autres malades nous trouverons beaucoup d'autres exemples moins brillants : chez Jean les deux images de femme symbolisent l'une celle de Charlotte, la tentation, l'autre, celle de la femme de chambre qui rit, la conscience. Chez Claire nous avons déjà insisté sur l'image du membre viril et de l'hostie qui symbolisent le crime sacrilège ; chez la même malade le précipice représente la maladie et ses progrès. Ce dernier symbole est si naturel que d'autres personnes, en particulier Lise, me disent éprouver aussi ce sentiment de descendre et d'avoir besoin d'un effort pour ne pas se représenter une descente matérielle dans un trou. Les saintes dans le ciel sont pour We... le symbole de la vie religieuse et le visage de l'enfant est pour Gisèle le symbole des devoirs conjugaux.

Des objets et non des images peuvent devenir les symboles. Le faux col est pour Vy... le symbole de la gêne et de la contrainte, comme le journal est pour Jean le symbole de tous les crimes politiques et génitaux. De là sont venues bien des terreurs de ces objets.

Cette manie du symbole se retrouve aussi dans certains actes et dans certains mouvements : pivoter sur ses talons, c'est pour Lod... le symbole de la religion « parce qu'on tourne ainsi de côté pour saluer l'autel quand on passe devant. Fermer le poing, c'est comme si on insultait Dieu, fermer brusquement un tiroir, c'est envoyer Dieu promener ». Nous en verrons bien des exemples en étudiant les tics. Remarquons seulement que la manie de la propreté qui était déjà une conséquence des manies de précision se rattache aussi souvent au symbole. La sœur aux scrupules de Rodenbach époussette sans cesse sa cornette pour faire tomber les poussières, *symboles des petits*

péchés[1] et Vk... se lave les mains avec du savon *blanc* toutes les fois qu'elle a pensé à mentir.

Cette manie du symbole joue un grand rôle dans les impulsions et, si on la méconnait, on s'expose à de graves erreurs. On a vu que ces malades ont des commencements d'actes, pousser du doigt sa petite fille, boire un petit purgatif, ouvrir un bouton de la braguette, j'ai déjà cité trop d'exemples pour y revenir. D'autres n'ont que l'image kinesthésique d'un mouvement qui commence. Plusieurs auteurs ont vu là l'explication de l'obsession impulsive : les sentiments de ces représentations de mouvement, de ces petits mouvements commencés donneraient au malade l'idée qu'il est poussé à accomplir quelque chose. Il en est quelquefois ainsi chez les hystériques qui ont des actes automatiques avec subconscience, mais il n'en est pas ainsi chez les scrupuleux qui font eux-mêmes ces petites actions. comme des symboles du crime, pour se donner à eux-mêmes l'illusion d'être poussés au crime et pour pouvoir se faire plaindre et protéger.

Cette manie du symbole me semble jouer un très grand rôle dans la maladie et quand nous discuterons la genèse des obsessions elles-mêmes, nous verrons que beaucoup ne font que symboliser un trouble antérieurement ressenti. Quant à cette manie elle-même, elle me paraît se rattacher aux phénomènes précédents, comme la manie arithmétique, elle dépend du besoin de préciser, d'exprimer avec une netteté, d'une manière matérielle, des sentiments et des idées à propos desquels le malade n'arrive jamais à la certitude.

4. — *Les manies de la recherche. — La manie du passé, la manie de l'avenir.*

Le travail mental me semble se compliquer quand il dépasse les circonstances environnant l'acte présent et qu'il porte sur de tout autres faits, en particulier sur des faits passés.

Pour répondre au problème posé par l'interrogation primitive - « ont-ils oui ou non commis une action répréhensible? » les malades sont amenés à se remémorer exactement les actes anciennement accomplis. Par exemple, Ce... a des soupçons sur tel ou tel acte de la journée, il s'arrête et cherche à se rappeler exacte-

1. Rodenbach, *La sœur aux scrupules*, p. 86.

ment les diverses actions qu'il a faites, les diverses phases par lesquelles a passé chaque action. Il passe des heures à vérifier dans sa mémoire comment il a passé d'un mouvement insignifiant à un autre aussi futile. Si par malheur dans cette revue, il y a un instant dont le souvenir ne lui soit pas précis, le voilà au comble du désespoir. Qu'a-t-il pu faire dans cet instant? C'est là que se glisse l'obsession et il fait les plus grands efforts de mémoire pour se convaincre que pendant cette seconde, il n'a pas accompli quelque horreur. Il en est de même pour Dk... : « à quel moment a-t-il pu tuer cette femme? de quelle manière s'y est-il pris? quel est l'instant de la journée où il n'était pas occupé à autre chose? » Il emploie des heures à cette recherche.

La recherche indéfinie est un des grands caractères de Lise, car, pour son malheur, elle ne se pose ces questions que sur une époque éloignée où la vérification minutieuse de l'emploi du temps est horriblement difficile. Il y a un an, le vendredi soir de telle date, s'est-elle laissée aller à vouer ses enfants au diable? Pour le savoir, il faut rechercher, si à cette époque, elle a désiré quelque chose assez fortement pour prier le diable de le lui accorder, si elle a cédé à la tentation d'obtenir ce qu'elle désirait par le sacrifice des enfants, ou si elle a su résister en disant la formule d'exorcisme : « Non, non, 4, 3, 2. » Voilà un petit problème qui n'est pas facile à résoudre : il faut trouver minutieusement l'emploi de son temps afin de constater une sorte d'alibi moral. « Ça ne disparaît pas une minute de mon esprit. Je sens que je recherche tout le temps et ce sont des heures d'immobilité dans cette recherche stupide. » Or, elle recherche ainsi toutes les promesses qu'elle a pu faire à Dieu ou au diable, toutes les paroles qu'elle a prononcées, tous les signes qu'elle a faits jusqu'à s'affoler complètement.

Un cas intéressant de cette manie de rechercher un souvenir est celui de Bre... (141), femme de 42 ans; elle a perdu son mari il y a trois ans dans des conditions assez émotionnantes. Depuis ce moment, elle a le sentiment qu'elle a oublié la figure de son mari. Nous aurons à étudier jusqu'à quel point cet oubli est réel; pour le moment nous constatons que ce prétendu oubli est le point de départ d'une manie de recherche. Il lui faut arriver à se représenter visuellement la figure de son mari : elle se sert pour y parvenir des portraits, des descriptions, des souvenirs de toutes sortes, elle travaille nuit et jour et ne parvient pas suffisamment à son gré à cette représentation. Puis elle s'excite à rechercher de la même

manière le souvenir de sa voix, de ses actions, etc. Elle croit avoir oublié tout ce qui le concerne, avoir oublié de la même manière tous les visages d'homme et ne plus même se souvenir d'avoir été mariée et elle s'épuise à retrouver avec précision tous ces souvenirs.

C'est à cette manie de rechercher des souvenirs que se rapportent le plus souvent les manies qui ont été décrites par Charcot et Magnan[1] sous le nom d'*onomatomanies*. Dans le cas le plus remarquable décrit par ces auteurs, le malade recherche toute la nuit le nom d'une petite fille dont il a lu l'histoire dans le journal; son état de crise déterminé par cette manie de recherche est épouvantable jusqu'à ce que le matin il puisse retrouver dans un journal le nom de Georgette.

On pourrait citer bien des exemples semblables : Hg... (130), femme de 50 ans, a été conduite à la manie des recherches d'une manière singulière : elle a été très ennuyée parce que l'on a bâti un mur devant la fenêtre de sa cuisine et toute la journée elle se demandait ce qui se passait derrière ce mur. La manie s'est peu à peu déplacée et maintenant elle remarque une ressemblance quelconque à propos de la figure d'un passant et il faut absolument qu'elle trouve le nom de la personne qui présente cette ressemblance avec le passant. Cha... (131), un homme de 76 ans, est encore à cet âge tourmenté par une manie semblable. A-t-il dans la journée causé avec une personne peu connue, il faut absolument qu'il retrouve le nom et l'adresse de cette personne, et il passe des jours et des nuits à rechercher dans sa mémoire ces renseignements. Aussi dès qu'il nous aborde, nous prie-t-il d'inscrire notre nom et notre adresse sur un carnet qu'il ne quitte jamais.

C'est aussi à cette manie du passé qu'il faut rattacher toutes les *manies de remémoration* qui peuvent prendre des formes variées. M. Raymond en a décrit un cas curieux : « Un homme de 40 ans, quand il voyage, regarde toujours attentivement les sites qui se déroulent sous ses yeux ; lorsqu'il a parcouru une certaine zone, il cherche à se remémorer l'aspect du paysage aperçu. S'il ne peut pas y arriver, il souffre tellement qu'il refait souvent le voyage pour combler les lacunes de sa mémoire... Parfois, il

1. Charcot et Magnan, Onomatomanie, *Archives de neurologie*, septembre 1885.

transige avec lui-même et envoie un domestique vérifier certaines particularités restées incertaines dans son esprit[1]. »

Dans un cas de M. Löwenfeld[2], la manie du passé semble encore plus indépendante de la recherche et de l'interrogation. Depuis l'âge de 13 ans, le malade se plaint « que la pensée est envahie par des souvenirs obsédants d'une exactitude photographique... » Il en résulte, dit l'auteur, « un effacement remarquable du moment présent, le malade vit plus dans le passé que dans le présent ». C'est là une remarque très importante, mais elle a rapport à des phénomènes essentiels que nous devons étudier plus tard isolément. Chez une de nos malades, chez Cz..., femme de 33 ans, nous retrouvons cette manie de remémoration sans recherche précise : « Autrefois, dit-elle, je recherchais mes souvenirs pour savoir si je devais me reprocher quelque chose, pour me rassurer sur ma conduite, mais maintenant ce n'est plus du tout la même chose. Je me raconte tout le temps ce que j'ai fait il y a huit jours, il y a quinze jours, j'en arrive à voir les choses exactement et je n'ai aucun intérêt à les revoir, cela m'agace tout simplement, mais cela revient malgré moi. »

A cette manie du passé on peut joindre certaines manies de conservation des objets, certaines manies de collection. Plusieurs malades (Nadia, Lod..., etc.), gardent précieusement des tiroirs pleins de petits papiers sur lesquels sont écrits leurs serments, leurs promesses ou simplement des résumés de leur vie, d'autres conservent des enveloppes, des lettres (Jean), des boîtes en carton (U...), des chiffons (Vk...), et ne veulent pas que l'on détruise rien. M. S. de Sanctis[3] a décrit ces manies de collection, mais son étude vise surtout des malades différents des nôtres, atteints de paralysie générale ou de divers délires systématiques, quelques-uns seulement de ses exemples se rapprochent des cas que j'étudie ici.

Dans tous les cas précédents la manie pousse les malades à dépasser le moment présent par la recherche et la considération du passé.

1. F. Raymond, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1899, p. 566.
2. Löwenfeld (Munich), *Psychiatrische Wochenschrift*, 10 juin 1899.
3. S. de Sanctis, Collezionismo e impulsi collezionisti. *Bull. della Societa Lancisiana degli ospedali di Roma*, XVII, fasc. I, 1897.

La recherche peut aussi porter sur l'avenir, les malades cherchent quelles sont les conséquences lointaines de leurs actions ou cherchent à se représenter simplement les événements futurs. Jean appelle cela ses pressentiments, il imagine toujours tout ce qui va arriver dans quinze jours, dans un mois et il se plonge dans cette contemplation. Bab..., femme de 28 ans, présente une maladie de l'avenir curieuse, des imaginations obsédantes, tout à fait analogue aux souvenirs obsédants de Löwenfeld. Devant le berceau de sa petite fille qui a 18 mois elle cherche quelle robe elle mettra au mariage de cette enfant « et cette cérémonie de mariage me tracasse énormément, il faut que je combine toute la cérémonie, toutes les invitations, que je cherche comment je pourrai payer la robe de la mariée, c'est une véritable fatigue ». Lise dépasse toujours le moment présent se répétant ce qui arrivera quand elle aura fini ce travail, quand elle sera vieille, quand elle sera morte. « J'arrive toujours à la pensée de la mort parce que c'est le dernier terme. » Nous retrouverons cette pensée à propos des manies de l'extrême.

5. — *Les manies de l'explication.*

La recherche peut dépasser les faits du passé et ceux de l'avenir ; elle peut porter sur tous les problèmes scientifiques ou philosophiques. C'est la recherche pour la recherche, sans intérêt immédiat.

Cette forme de la manie est la plus connue, elle se trouve décrite souvent sous le nom de folie de l'interrogation, folie métaphysique, etc. C'est le *Grübelsücht*, le *Fragetrieb* des auteurs allemands, c'est l'une des formes de la psychasthénie qui a été décrite en premier lieu par Griesinger. Un de ses malades ne pouvait entendre le mot « beau » sans se poser malgré lui une série inextricable et indéfinie de questions sur les problèmes les plus obstrus de l'esthétique. Le mot « être » le lançait dans la série des discussions métaphysiques. « Je ruine ma santé, disait-il, en pensant sans cesse à des problèmes que la raison ne pourra jamais résoudre et qui malgré les efforts les plus énergiques de ma volonté me fatiguent sans trêve. Le cours de ces idées est incessant... Cette réflexion métaphysique est trop continue pour être naturelle..., chaque fois que ces idées reviennent, je tente de les chasser et je m'exhorte à suivre la voie naturelle de la

pensée, à ne pas m'embrouiller le cerveau de choses abstraites et insolubles et cependant je ne puis me soustraire à l'impulsion continuelle qui martèle mon esprit. » Depuis ce travail de Griesinger, cette manie mentale a été décrite bien souvent. « L'obsession peut prendre la forme interrogative, disait M. Saury : « Pourquoi les couleurs sont-elles inégalement réparties, les arbres verts, les pantalons rouges, le deuil en noir? Pourquoi les hommes ne sont-ils pas plus grands ?[1] » Une observation de M. Ladame est fort remarquable : il s'agit d'une femme qui depuis l'enfance se posait à elle-même toute espèce de questions insolubles dont elle cherchait en vain la réponse de manière à troubler toute son activité. Ce sont des questions relatives à la création (Schöpfungsfragen). « Est-ce que le monde a pu se faire tout seul ? Peut-on diviser un objet en parties infiniment petites? Comment l'âme sort-elle du corps, etc. ?[2] »

J'ai pu observer chez de nombreux sujets tous les degrés de ces recherches depuis les questions les plus humbles sur le costumes, jusqu'aux plus grands problèmes métaphysiques. Elg..., jeune femme de 19 ans, s'interroge à propos du costume que porte la personne qu'elle regarde : « Pourquoi porte-t-on un tablier ? Pourquoi met-on une robe..? Pourquoi les messieurs n'ont-ils pas de robes ? » et quand elle s'absorbe dans ces questions elle peut ni écouter ni répondre. Un homme de 37 ans, Qs..., s'interroge sur la fabrication des objets, « comment a-t-on pu faire une maison ? un bec de gaz ?... » Il essaye de s'arrêter en murmurant : » Allons ne t'emballe pas, n'y pense pas, » mais il revient à la question : « Comment peut-on faire brûler du gaz ? Comment de l'air peut-il s'enflammer et éclairer ?.. » Rost... se borne à chercher « la définition du violet ». Za... s'interroge sur des problèmes de morale : « Qu'est ce qu'une mauvaise pensée ? En ai-je eu avec ou sans mon consentement ? Car tout est là, mais qu'est-ce que c'est qu'un consentement ? » Za... est resté trois ans à méditer sur le mot « consentir » sans arriver à une solution.

Nem..., après avoir éprouvé un sentiment d'étonnement en voyant un individu qui lui paraissait drôle, trouve tout surprenant et s'interroge sur tout. « Comment se fait-il qu'il tonne, qu'il y

1. Saury, *Folie des dégénérés*, p. 63.
2. Ladame, *Ann. méd, psych.*, 1890, II, 384.

ait des éclairs, qu'il y ait un soleil, qu'il fasse jour ou nuit? Si on n'avait pas de rivières et pas d'eau comment est-ce qu'on ferait pour boire, pour laver ? Et si on n'avait pas d'yeux comment est-ce que l'on ferait pour voir ? »

Nb.... à propos de la critique des sens et de l'intelligence se pose une foule de problèmes philosophiques : non seulement, comme nous l'avons vu, elle interroge sur le caractère direct ou indirect de la perception sensible, mais elle cherche aussi à comprendre la nature de l'entendement, la signification de la parole ou de l'écriture. « Comment des petits points noirs sur le papier peuvent-ils contenir une pensée ? Comment les mots viennent-ils dans ma bouche en même temps que je pense ? Est-ce donc une indication de la pensée ? Je me perds là-dedans... Comment la parole qui est un bruit peut-elle transporter la pensée qui n'est pas une chose matérielle..? Ah, si je pouvais oublier tout cela?... Comment se fait-il que je comprenne une personne en dehors de moi ? Comment se fait-il que j'aime ma fille qui est en dehors de moi ? »

Il est curieux de remarquer que ces spéculations ne se présentent pas uniquement chez les personnes intelligentes et cultivées, elles se retrouvent presque identiques chez des femmes du peuple absolument sans éducation. Nadia, qui est une femme très instruite et qui a beaucoup lu, s'interroge « sur la religion, sur la vie future, sur les mystères de l'âme... que deviendra mon âme, que deviendra l'âme du monde ? » Cela semble assez naturel. Mais Hm..., femme de 21 ans, domestique à la campagne, habituée aux durs travaux d'une ferme, qui sait à peine lire et qui ne sait pas écrire, est tourmentée après un accouchement par les mêmes idées. « Je ne puis pas savoir comment cela se fait qu'il y ait du monde ; pourquoi y a-t-il des arbres, des bêtes, qu'est-ce que tout cela va devenir plus tard quand tout sera fini ?... » Il y a là un besoin de spéculation, de travail mental, qui s'effectue indépendamment des connaissances acquises et des capacités du sujet pour discuter les problèmes qu'il se pose.

6. — *Les manies des précautions.*

Les recherches précédentes s'appliquaient surtout aux idées, nous allons retrouver à propos des actions des manies du même genre que l'on peut aussi considérer comme des conséquences du

besoin de précision. On remarquera en premier lieu, la manie des précautions, c'est-à-dire le besoin de faire une foule de petites actions accessoires qui sont destinées à rendre plus facile une action principale ou à empêcher une action que l'on redoute.

Zo..., qui a l'obsession des épingles, se détourne des boîtes au lait, fait des détours dans la rue pour ne pas passer auprès des marchands de comestibles, elle mange elle-même très lentement, divise ses aliments à l'infini, etc. Dk... se met en tête d'écrire sur un carnet tout ce qu'il fait au cours de la journée afin de ne rien oublier. Cha..., qui a la manie de rechercher les noms et adresses des personnes qui lui parlent, ne vous aborde jamais sans vous prier d'écrire tout de suite votre nom et votre adresse sur un carnet qu'il porte constamment. Nadia prend toutes sortes de précautions dans son alimentation, j'en ai déjà parlé, elle se couvre le visage, ordonne à sa femme de chambre une attitude spéciale quand elle passe devant elle, etc. La manie des précautions se manifeste dans ses lettres surchargées de mots soulignés et terminées toujours par la formule : « veuillez, je vous prie, avoir la bonté de ne montrer cette lettre à personne et de la brûler. » Vob... ne s'endort pas sans coudre le bas de sa chemise en dessous de ses pieds, sans attacher les manches de sa chemise aux draps par des épingles, afin d'éviter pendant le sommeil les masturbations.

Jean présente bien des actions bizarres en rapport avec ses précautions : il marche très lentement, à petits pas, il prend de grandes précautions au tournant des rues, car s'il se permettait un mouvement un peu brusque, il y aurait un « frottement psychique » de ses parties qui provoquerait la masturbation et ses terribles conséquences. Un jour, mais une fois seulement, il a été jusqu'à découdre son pantalon et à enlever la doublure « pour gagner de la place » il est resté une soirée avec son pantalon décousu sans être plus tranquille d'ailleurs. Il continue toujours à tenir ses jambes très écartées quand il est assis, il arrange sa chemise et son caleçon de manière spéciale. Il ne peut couper son pain quand il est debout, ce qui occasionne l'idée de se crisper, il change la place de son lit, etc., il a des artifices pour se moucher « sans ébranlement », il réduit l'acte d'uriner et écarte les mictions jusqu'à perdre les urines par regorgement, etc.

Chez Claire il faut noter que ce besoin de précautions amène une extraordinaire et perpétuelle surveillance d'elle-même. Cest

un effort perpétuel pour être sur le qui-vive ; je ne me donne pas une minute de liberté et j'absorbe toutes mes forces dans cette surveillance de moi-même ». La nuit même, elle s'oblige à rester parfaitement immobile dans une position déterminée et elle y réussit au prix d'une courbature de tout le corps. Les membres ne peuvent pas se laisser aller au repos, ils sont constamment à demi raidis. Nous retrouverons le même symptôme chez Lise, dans les grandes périodes de surveillance d'elle-même, et nous aurons à l'étudier encore comme une des manifestations physiques de l'état d'inquiétude.

A cette manie on peut rattacher la *manie de la lenteur* si curieuse chez Vk... Ce n'est pas une lenteur naturelle en rapport avec l'aboulie, c'est une lenteur voulue, calculée dans tous les actes qui lui paraissent avoir quelque importance. Il lui faut une demi-heure pour mettre son jupon et une autre demi-heure pour passer une robe, « si je vais plus vite je ne suis pas sûre que ce soit bien fait et la vue des gens pressés qui vont vite m'énerve ».

Parmi ces précautions que prennent les malades, la plus simple et la plus banale de toutes, ce sont des *précautions de propreté*. Comme ils ont peur de faire avec leurs mains un acte qu'ils redoutent et comme, ainsi qu'on la vu, leurs craintes portent sur de petites choses, le meilleur moyen de garantir leurs mains, c'est de les laver. Il en résulte qu'un très grand nombre de ces malades ont passé par une période où ils se lavaient les mains perpétuellement. Il est inutile de citer ici des noms, nous avons une vingtaine de malades qui se lavaient ainsi continuellement. D'autres se préoccupent aussi de la propreté de leurs vêtements et passent leur temps à les brosser, « de peur qu'il ne soit tombé dessus une miette d'hostie, » ou bien ils lavent les meubles, les essuyent sans cesse de peur de la poussière, des microbes, des parcelles métalliques.

Quelquefois cette manie de propreté est très loin de s'allier avec une propreté réelle. U... a surtout des idées hypocondriaques et la crainte du microbe de la phtisie. Elle se lave continuellement les mains, mais elle a peur de toucher un objet de sa chambre et elle ne peut pas tolérer qu'une autre personne y touche. Il en résulte que la salle n'est jamais nettoyée, que le lit n'est jamais touché et que des ordures invraisemblables s'amoncellent en un véritable fumier. Quand j'ai commencé à soigner cette personne,

j'ai dû lui faire couper une chevelure énorme, transformée en matelas infect qu'il était impossible de nettoyer autrement et ce résultat bizarre provenait d'une manie de propreté.

Bien entendu la manie de la propreté se compliquera des doutes précédents ; après s'être lavés, ils doutent qu'ils se soient lavés et ils recommencent à se laver. Cette manie se joint à celle des interrogations et celle des répétitions. « Le doute, dit Legrand du Saulle, s'est mis au service du délire du contact et il se demande s'il s'est bien lavé les mains[1]. »

7. — *Les manies de la répétition et du retour en arrière.*

Malgré ces efforts de précision et ces précautions les malades sont toujours peu satisfaits de leur action. Ils veulent essayer de faire mieux les choses, de se satisfaire eux-mêmes. Dans le cas le plus simple et le moins délirant, ils recommencent l'acte tout simplement, mais ils ne sont pas plus satisfaits la seconde fois que la première et alors ils recommencent indéfiniment : nous arrivons aux *manies de la répétition* qui sont parmi les plus fréquentes et les plus importantes.

Une jeune fille Tr..., que nous avons déjà vu hésiter pour donner la forme définitive à un pétale de rose en arrive à ne plus pouvoir faire aucun mouvement sans le recommencer plusieurs fois : elle se lève de sa chaise et ne s'en va pas, mais se rasseoit et recommence à se lever ; elle prend un verre puis le repose, le reprend, le repose et continue ce manège indéfiniment. Ce... pour s'assurer que la porte est bien fermée la rouvre et la ferme et cela une dizaine de fois de suite. Ce symptôme de fermer plusieurs fois de suite la porte ou le bec de gaz est tout à fait banal, il commence même chez les individus à peu près sains dans toutes les périodes d'affaiblissement et de distraction. Mais Ce... va plus loin, car il recommence indéfiniment une addition, si bien qu'il ne peut plus arriver à faire ses comptes. « Un homme sain d'esprit et bien portant, disait Ball, est obligé de renoncer à la lecture car dès qu'il a tourné une page, il croit en avoir sauté une et recommence de nouveau sans pouvoir avancer[2]. »

Dans certains cas il s'agit d'actes particuliers que les malades

1. Legrand du Saulle, *Folie du doute*, p. 39.
2. Ball, Frontières de la folie. *Revue scientifique*, 1883, I, p. 3.

recommencent indéfiniment tandis qu'ils n'hésitent pas pour les autres. Vor... (137), quand elle a uriné, éprouve un mécontentement que j'ai déjà signalé, aussi retourne-t-elle immédiatement aux cabinets, elle en ressort « sans être certaine d'avoir évacué les dernières gouttes ». Elle retourne ainsi soixante fois aux cabinets avant de se coucher et ne s'arrête que tout à fait épuisée de fatigue. Un de nos malades Rk... répète chaque phrase qu'il lit, chaque phrase qu'il prononce ou bien il fait répéter chaque phrase que l'on prononce devant lui : « Mon Dieu, pense-t-il, voilà encore une phrase qui s'en va dans l'éternité et je ne l'ai pas bien comprise. »

D'autres pour ne pas recommencer indéfiniment se fixent une limite, un nombre de fois déterminé. Nous retrouvons ici cet amour pour les chiffres, dont la précision apparente les enchante et ils recommenceront l'acte quatre fois, dix fois, espérant par là être sûrs qu'il sera bien fait. Nadia veut faire chaque action six fois, Ser... se borne à trois fois, Jean à quatre fois ou à un multiple de quatre. Rien n'y fait malheureusement, car ils ne sont plus sûrs maintenant d'avoir bien compté : pour être satisfaits, il ne leur faut plus recommencer l'acte mais la série des actions. Une pauvre femme pour se tranquilliser veut réciter une dizaine de chapelet, puis elle la recommence parce qu'elle croit qu'il en manque, aussi fait-elle des dizaines de quatre heures du matin jusqu'à midi.

Une forme curieuse de ce besoin de recommencer, forme qui donne lieu à bien des erreurs, c'est *le besoin du retour en arrière*. Pour recommencer l'action il ne faut pas s'éloigner du milieu où elle doit être faite, il ne faut pas quitter trop vite les circonstances au milieu desquelles l'acte doit avoir lieu. Ces malades désirent donc ne pas changer de place. Cette haine du changement, fondamentale chez eux, en raison de leur aboulie est ici fortifiée par le désir d'être à même de recommencer les pensées, les sentiments, les actes dans les mêmes conditions où ils ont déjà été accomplis. Ils cherchent donc, comme Claire à retourner en arrière, à reprendre la même pensée aux mêmes heures, au même endroit. Ils craignent qu'on ne les déplace malgré eux et trop rapidement. Dès que Claire est à Paris elle veut repartir à la campagne « comme il me semble, dit-elle, que je n'ai jamais fait ce que je devais, je crois aussi que je ne suis pas à la place qu'il faudrait, que je devrais retourner à la place précé-

dente ». On comprend quel trouble terrible apportent les voyages en chemin de fer qui entraînent rapidement loin de la place précédente. Cela met cette jeune fille au désespoir, elle voudrait revenir en arrière, à son point de départ, au moins à la station précédente.

Cette idée est très fréquente. M. Ameline signalait au dernier congrès de psychologie une jeune fille du service de M. Magnan qui n'aimait pas, en chemin de fer, voir les maisons rester en arrière à mesure que le train avançait. « L'impression du sol qui fuit sous mes pas me laisse un vide et tout en me rendant compte que je dois continuer mon chemin, j'éprouve des hésitations à poursuivre vers mon but. Quand je suis arrivée il me semble que j'ai été trop vite ; il faut que je retourne à mon point de départ. Quand au lieu de faire un trajet à pied, je le fais en voiture, j'éprouve le même vide en voyant les maisons et tout fuir sur la route et si je n'étais pas en voiture, il me semble que je m'arrêterais[1]. »

On retrouve ce retour en arrière chez Fé..., chez Byl..., qui croit toujours « laisser un vide derrière elle en passant trop vite ». Je crois que cette manie de retourner à la même place et au même moment où a débuté l'action joue quelquefois un rôle dans la phobie des chemins de fer. Il est facile de voir qu'elle se rattache non seulement à la manie de la répétition mais aussi à la manie du symbole ; ce retour en arrière est une façon de symboliser le besoin de recommencer, le mécontentement de l'action.

8. — *Les manies des procédés et les manies de la perfection.*

Souvent les malades ne se bornent pas à répéter l'acte, ils cherchent à le perfectionner, à le rendre plus complet. Ils inventent des trucs, des procédés pour faire mieux l'action.

L... inventait des systèmes pour écrire. Il attachait si bien sa plume à tous les doigts de la main successivement qu'il en était arrivé à ne plus écrire du tout et que sa maladie était prise au premier abord pour une crampe des écrivains. Rai... avait d'abord inventé des systèmes pour écrire bien, pour tenir sa

1. Ameline, Considérations sur la psycho-physiologie des obsessions et des impulsions dégénératives, *Comptes rendus du IVe Congrès de psychologie*, 1901, p. 572.

plume, pour mettre la ponctuation, pour réciter, pour aiguiser des couteaux et il en arrivait à ne plus pouvoir écrire une ligne, ni faire aucun métier ; puis il inventa des systèmes pour bien fumer. « En tout, dit-il, j'aspire à l'idéal, je creuse le sujet et je dissèque à fond. » Enfin, ce qui causa son plus grand malheur, il inventa des systèmes pour déglutir et pour respirer. Il veut avaler une goutte d'eau entre chaque respiration, il fait des grimaces, des crachements, des rots et devient aussi répugnant que malheureux [1].

Vor... ne se borne pas, comme on l'a vu, à répéter les mictions cinquante fois de suite, elle cherche, elle combine des procédés pour « uriner bien », elle étudie la théorie du coup de piston et médite à tort et à travers sur quelques idées vagues qu'elle a saisies de la physiologie de la miction chez l'homme sans deviner qu'elles ne s'appliquent pas aux femmes. « N'y aurait-il pas quelque mouvement, quelque grimace à faire avec le ventre pour uriner bien..? » Je n'insiste pas sur la manie de la perfection dans la masturbation qui est plus fréquente que l'on ne le croit.

Cette manie de la perfection joue aussi un grand rôle dans certains troubles souvent désignés sous le nom d'onomatomanie. Ce nom trop vague désignait simplement un trouble quelconque relatif aux mots, ce pouvait être une obsession, une manie de répétition, une manie de recherche, etc. On vient de voir Cha... rechercher pendant toute une nuit le nom et l'adresse des personnes qui lui ont parlé dans la journée. Dans d'autres cas, il s'agit plutôt de manie de la perfection. Pn... (139), homme de 50 ans, atteint surtout d'obsessions hypocondriaques s'est mis en tête de chasser les préoccupations sur sa santé par une phrase cabalistique qu'il doit répéter pour se tranquilliser. Il doit dire : « C'est assez, allons dîner, nous verrons après. » Malheureusement cette phrase n'a tout son effet que si elle est bien dite. Il ne la trouve pas assez bien dite, il la répète, cela ne lui suffit pas. Il la crie à tue-tête ou la dit à voix basse, il cherche comment il pourrait la dire ; il prie sa femme de l'écouter, de l'aider, de la répéter avec lui : il imagine de descendre avec sa femme au fond de la cave, d'éteindre la lumière et de crier la phrase en chœur dans l'obscurité et il remonte désespéré parce qu'il n'a pas encore

1. Raymond et Pierre Janet, *Névroses et Idées fixes*, II, p. 385.

trouvé « le moyen de la bien dire ». Une observation intéressante de M. Séglas sur un malade qui a un mot sur le bout de la langue et qui ne parvient pas à le bien répéter me paraît se rapporter à des phénomènes analogues[1].

Le délire le plus curieux que j'aie constaté à propos de cette manie du mieux est celui d'une femme de 30 ans, Loa... (138). A propos de quelques masturbations, elle a des remords et s'effraye en pensant qu'elle n'a pas éprouvé d'une façon correcte la satisfaction génitale. Elle attribue à cette satisfaction incomplète un engourdissement qu'elle ressent et elle va à la recherche du bonheur. Son mari ne lui suffit plus, elle donne des rendez-vous à tort et à travers ; elle ne s'y rend pas toujours, mais cependant elle essaye quelquefois si elle aura plus du succès avec un autre, elle revient toujours désillusionnée et désespérée. Cette femme semble avoir un délire érotique, tandis qu'il ne s'agit que d'une manie de la perfection chez une scrupuleuse. Ce singulier trouble doit être fréquent puisque je le retrouve exactement semblable chez une autre femme, Len... « Je ne me rendais pas compte de ce que c'était que l'existence, j'étais trop naïve, il faudrait changer, arriver à être comme les autres femmes... il me faut ma nature... je n'arrive pas à éprouver ce que l'on doit, il me semble que ce n'est jamais terminé, je continuerai indéfiniment... » Il se peut qu'il y ait quelque chose de vrai dans ses plaintes, nous le verrons plus tard. Mais il en est pas moins exact qu'elle a une manie bizarre, celle de chercher, par tous les moyens, cette jouissance parfaite, celle de rêver tout le temps à ce problème comme s'il n'y avait pas d'autre but possible dans la vie.

9. — *Les manies de l'extrême et de l'infini.*

Toutes ces manies aboutissent à la même tendance, celle de pousser toutes les opérations mentales à l'extrême, aussi loin qu'il est possible d'arriver. Nous avons déjà vu cette manie se manifester fortement dans les caractères des obsessions, il est inutile de revenir sur le caractère extrême des sacrilèges, des impulsions, des remords, des hontes que ces malades imaginent.

1. Séglas, Deux cas d'onomatomanie. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 12 avril 1887.

Buc..., une femme de 33 ans, qui se rend compte de cette manie, me disait encore : « C'est ridicule, mon cerveau travaille tout le temps à des idées extraordinaires... je voudrais arriver à des choses épouvantables, à des crimes inouïs, ou bien à des fortunes, à des voyages incroyables, enfin il faudrait que ce soit extravagant. »

On a aussi vu cette manie se manifester à propos des recherches, Lise, par exemple, dans ses conceptions sur l'avenir, arrive toujours à penser à sa mort, à ce qui arrivera après sa mort, ou bien si elle regarde en arrière, « elle arrive tout de suite au néant qui a précédé la naissance ». Bal... ne peut sortir de la contemplation « du dernier au delà », sa manie des explications porte sur le commencement et la fin du monde, sur les destinées de l'âme, du monde, etc.

Il faut encore ajouter quelques explications nouvelles de cette manie. On la retrouve dans la manie des généralisations, dans la manie de l'absolu qui se manifeste souvent. « Dès que je me sens un peu faible, dit Claire, j'en arrive à concevoir que tout est impossible, que personne au monde ne peut rien faire, que personne n'est religieux, que personne ne peut guérir ». Jean nous présente quelques beaux exemples de cette manie de la généralisation à l'infini. Une personne de sa connaissance vient de mourir dans un quartier à l'Est de sa petite ville, « il lui semble que ce quartier est désolé, vide de tout ; à force d'y penser il croit que tout ce quartier Est est mort, qu'il ne renferme plus aucun être vivant ; bientôt il en est ainsi de tout ce qui est à l'Est. Toute la région Est de la France au delà de Vincennes est vide, il n'y a plus que de la terre et de l'herbre ». La manie « du tout ou rien » est commune chez ces personnes « il leur faut la perfection en amour ou bien ce n'est pas la peine de sortir de l'ignorance... » « j'aimerais mieux ne pas uriner du tout nous dit Vor... que de ne pas uriner dans la perfection ». Dans un autre cas, celui de Qs..., homme de 37 ans, l'extrême prend déjà l'apparence numérique « je suis forcé de chercher à multiplier énormément les choses auxquelles je pense, je cherche à imaginer sur une mer immense des centaines, des milliers de bateaux, puis des milliers de milliers de bateaux et je m'épuise à les multiplier encore ».

Mais la notion de l'infini se dégage encore mieux de l'observation suivante, intéressante à divers points de vue. Un jeune homme de 25 ans, Vil..., dans une lettre que je lui demande d'écrire me décrit ainsi son obsession : « l'idée principale qui me tourmente

le plus, c'est, l'idée de l'éternité : elle passe pour moi du domaine de la raison dans celui de la sensibilité et me cause des douleurs intolérables. Je sens le temps durer indéfiniment, l'espace s'allonger toujours, quelque chose comme un crescendo sans arrêt, il me semble que mon être gonfle progressivement, prend la place de tout, se grossit d'univers et de siècles, puis une sorte d'éclatement et tout disparaît me laissant une douleur atroce dans la tête et dans l'estomac. Ce travail d'esprit me poursuit et m'accable d'un découragement profond. C'est donc vrai que l'éternité existe, je viens de la voir, de la sentir trop évidemment pour que cela soit une simple forme de mon esprit, mais alors que m'importe les quelques instants de ma vie, que m'importe le bonheur, le malheur ou le néant éternel ? C'est l'éternité qui est effrayante. Quelque chose sans fin, c'est horrible. Toujours du bonheur, et après ? Encore du bonheur ; et après ? Et après ? Cela est aussi horrible que toujours souffrir ou toujours ne rien être. L'éternité existera quand même il n'y aura rien. Les distractions les plus vives sont impuissantes à chasser ces impressions de mon cerveau, tout mon corps en est comme imprégné, si j'essaye de raisonner, je m'enfonce encore plus et je sens bien que ce sera indéfini, interminable, ce n'est pas le résultat d'un syllogisme, c'est le résultat d'une perception immédiate, évidente, plus évidente même que la conscience de mon moi... »

Je reprendrai l'étude de ce phénomène remarquable à propos des phénomènes de l'angoisse. Pour le moment, je remarque seulement qu'il s'agit bien d'un scrupuleux, honteux de lui-même, qui se croit sans personnalité, qui se reproche tout ce qu'il pense, qui critique et analyse ses sentiments jusqu'à les métamorphoser en leur contraire. « Ces questions me font tant plaisir ou tant souffrir, je ne sais si c'est l'un ou l'autre, car mon plaisir me semble à la fois être poussé trop loin et rester incomplet et je ne sais pas si ce n'est pas une espèce de douleur. » Il a la manie de pousser tout à l'infini, de chercher ce qu'il y a après le plaisir qu'il éprouve, ce que serait un plaisir plus grand, encore plus grand, etc. C'est à l'idée d'espace et de temps que cette manie s'applique le mieux, aussi finit-il par en être obsédé. Il est rare de trouver cette manie aussi explicite, mais en réalité elle est contenue dans toutes les manie de l'au delà.

Toutes ces manies de l'au delà présentaient en effet comme caractère essentiel une agitation de l'esprit incapable de s'arrêter

sur une pensée et qui était sans cesse forcé de la dépasser pour y ajouter quelque chose, puis encore une autre chose sans repos et sans fin. Une agitation semblable conduit infailliblement à la pensée de l'extrême et de l'infini.

3. — *Les manies de la réparation.*

Malgré tous ces efforts et ces procédés variés qui tous semblent avoir pour but de perfectionner l'action ou l'idée, le sujet n'arrive pas à être satisfait. Aussi se livre-t-il à une autre série d'exercices qui ont pour but de réparer, d'effacer autant que possible les vices de l'action précédente. Ce sont ces manies que je rapproche sous le titre de manies de la réparation.

1. — *Les manies de la compensation.*

La première est une simple *compensation*. Après l'action dite défectueuse, il faut en faire une autre qui semble souvent être choisie d'une manière arbitraire, qui dans d'autres cas est opposée à la précédente pour la compenser.

Quand Bunyan avait trouvé dans la Bible un mot dont la signification lui paraissait désagréable et décourageante il lui fallait trouver dans les livres saints un autre mot dont la signification fut encourageante pour compenser le premier[1]. Une observation intéressante de Ladame semble se rapprocher de ce groupe : « Quand je marche, dit le malade, et que les mauvaises idées me prennent, je doit m'arrêter pour revenir d'un pas en arrière, pour corriger la mauvaise pensée, c'est comme si je corrigeais une erreur dans un livre de compte[2]. »

Nadia s'est résignée à manger pour m'obéir, mais à la condition de prendre aussitôt après le repas quelque chose qui la fasse maigrir « quelque chose d'amaigrissant, puisque vos côtelettes sont grossissantes ». Autrefois, elle prenait une cuillerée de vinaigre : je l'ai amenée à accepter une petite tasse d'une tisane que

1. Josiah Royce, The case of Bunyan. *Psychological Review*, 1894, p. 136.
2. Ladame, *Ann. médic. psych.*, 1890, II, 382.

j'ai baptisée amaigrissante. Elle sait maintenant que je la trompe et que sa tisane est faite de thé et de camomille ; peu importe, elle a besoin de la prendre encore, le symbole suffit pour faire la compensation.

Quand les nécessités de la politesse ont contraint Jean bien malgré lui à toucher la main d'une femme, il faut, pour compenser, toucher bien vite la main d'un homme. Aussi quand il est seul le soir avec sa mère et que celle-ci lui tend la main avant d'aller se coucher, se trouve-t-il dans « une situation horrible ». Il n'ose pas refuser sa main, mais il passe ensuite une nuit bien pénible puisqu'il n'a pu toucher la main d'un homme pour compenser. Quand il est entré à l'église de la Madeleine (qui porte un nom de femme), il faut qu'il entre au moins un instant dans une autre église pour effacer cette impression.

Cette manie de la compensation présente bien des variétés dont la principale est la manie suivante, l'une des plus importantes au point de vue clinique.

2. — *Les manies de l'expiation.*

L'expiation n'est qu'une forme de la compensation avec ces deux caractères sinon surajoutés, au moins précisés. Le premier acte qui est le point de départ de la manie semble au sujet honteux et immoral, il s'agit surtout des malades honteux d'eux-mêmes ou de leur corps. La deuxième action qui doit compenser la première a un caractère désagréable, pénible, elle prend l'apparence d'une punition.

« Il faut toujours, dit Pn..., que je fasse quelque chose pour soulager ma conscience et il cherche à répéter avec perfection sa formule : « Allons diner, il ne faut plus penser à cela. » Hil... (71), qui a honte d'aller à la selle, n'y va qu'en faisant des révérences « pour s'excuser ». Claire qui croit avoir une hostie collée à l'anus, et qui, par conséquent, redoute également d'aller à la selle, ne consent à y aller qu'en s'agenouillant dans les cabinets quelquefois des heures entières avant et après. Zei... (142), qui a « envie de dire des gros mots au bon Dieu » veut faire des prières pour expier et elle s'agenouille à chaque instant. Comme la prière ne lui paraît pas bien dite, elle se condamne à ne pas manger et c'est là une cause de refus d'aliments. Rn... (146) se condamne, pour expier ses mauvaises idées, à donner un coup

de coude dans les meubles auprès desquels il passe. On prévoit que ce phénomène va jouer un rôle dans les tics.

Au lieu d'expier par une action réellement exécutée au moment même, ils veulent expier en promettant de faire une action désagréable plus tard ou en promettant de sacrifier un plaisir qu'ils se promettaient. L... se promet à lui-même de se mettre en prison cinq minutes pour expier ses actions indélicates et Mw... (145) se figure qu'un voyage agréable à bicyclette qu'elle espérait ne se fera pas parce qu'elle ne s'habille pas assez vite. Cette promesse d'expiation finit par se répéter pour tous les autres actes même insignifiants. « Si je marche, si je touche ce fauteuil, si je bois ce verre, le voyage à bicyclette ne se fera pas. »

Ce sont des faits du même genre avec un plus haut degré de complication qui jouent le rôle principal dans la maladie de Lise. « Pour me punir d'avoir maudit Dieu, répète tout le temps Lise, il faut que je me fixe une chose désagréable à faire, donner mon âme au démon, par exemple. » Et ainsi pour tout ce qu'elle peut se reprocher : à propos de tous les actes qui la préoccupent et ils sont nombreux, il faut qu'elle fasse une expiation pour se rassurer. Si elle s'accuse de mensonge, d'impudicité, il faut expier et par conséquent accepter un changement de séjour désagréable, ou accepter qu'un de ses enfants meure, ou vouer son âme et celle de ses enfants au démon, etc. Au début, il ne s'agissait que d'expiations personnelles, elle ne voulait réparer que ses propres fautes, mais bientôt l'idée d'expiation s'est généralisée. Il faut expier pour son oncle, pour un frère qui n'est pas religieux ; il faut expier pour un homme politique qui vient de mourir d'une façon peu édifiante, il faut expier pour l'explosion d'une poudrière, etc. « En un mot, dit-elle, j'ai des rages d'expier pour tout le monde. » Le mot même « expier » finit par la fasciner, elle le cherche dans tous les dictionnaires et apprend l'article par cœur.

Ce qui est bien étrange, c'est que je retrouve exactement la même maladie chez la sœur de cette malade. Elle a une foule de scrupules, s'accuse d'aimer une amie plus que sa famille, d'aimer à jouer du piano, d'avoir pensé à l'Eucharistie devant une boulangerie, etc., et pour toutes ces mauvaises actions imaginaires « le regret ne suffit pas, il faut une compensation. Il faut toujours une petite chose pour satisfaire Dieu. » Ce sont chez elle des tics, des simagrées beaucoup plus simples que chez Lise. Elle doit manger quelque temps dans une assiette vide, se déshabiller

et se rhabiller, ouvrir une armoire, prendre un air triste toute la matinée avec ses parents pour compenser l'après-midi où elle s'amusera avec une amie. C'est plus puéril, mais c'est le même trouble psychologique. Je ne crois pas que dans ce cas il s'agisse de suggestion ou de maladie communiqué par contagion ; il s'agit d'un même trouble psychologique, profond, héréditaire qui, en évoluant chez les deux sœurs, amène chez toutes deux les mêmes manifestations.

Chez ces deux dernières malades, on trouve une variante de l'expiation et de la promesse. Elles acceptent la peine sans se reprocher rien, uniquement comme paiement d'une grâce qu'elles demandent. Dès qu'elles souhaitent quelque chose, elles pensent qu'elles doivent expier pour voir ce souhait s'accomplir. « Je n'aurai telle chose que je désire que si je fais un présent au démon ou à Dieu... Si mon petit neveu malade guérit, je donnerai au démon l'âme de mes enfants, si je retrouve un bijou perdu, je donnerai aussi l'âme de mon oncle. »

Ces malades qui ont la manie de l'expiation en arrivent à un petit commerce avec le ciel et l'enfer qui est tout à fait curieux. Elles sont en retard ou en avance dans le paiement de leurs dettes, elles s'effrayent et elles se hâtent d'expier bien vite quand elles croient avoir trop d'arriéré.

3. — *Les manies des pactes.*

Au lieu de considérer l'action présente et de chercher à la compenser, au lieu de considérer l'action passée et de chercher à l'expier, les malades pensent encore plus souvent à l'action future et ils s'engagent par avance à la réparer. Ils promettent de subir quelques châtiments pénibles, tantôt s'ils font, tantôt s'ils ne font pas une certaine action sur laquelle leur attention est attirée : ces engagements prennent la forme de *serments* ou de *pactes*.

M. Van Eeden, sous le nom de manie de superstition, décrit un cas que nous avons déjà rattaché à la manie des présages ; ce même malade a en outre la manie de faire des vœux : « si pendant l'heure qui vient je cède à un seul de mes caprices, je consens à avoir une apoplexie avant 24 heures[1]. » Dans la thèse

1. Van Eeden, *Psychothérapie*, 1894. Cf. Milne Bramwell, *Brain*, 1895, p. 335.

de Lanteirès[1] se trouve signalé un cas souvent cité à propos d'un malade qui a horreur du nombre 13. « Si je fais d'ici a demain un seul acte superstitieux, que toutes les étoiles du ciel soient 13, que Dieu soit 13... Si, quand le surveillant sera arrivé en se promenant à tel pupitre, ou si au premier coup de cloche je ne suis pas arrivé à tel passage de mon travail, eh bien, je veux mourir et aller aussitôt à Dieu... » On a souvent reproduit ce cas comme une curiosité et cependant rien n'est aussi banal que ce symptôme.

« Si je ne fais pas 25 signes de croix sans m'arrêter, dit Vr... (48), femme de 25 ans, qu'il arrive malheur à toute ma famille », « si je me masturbe une seule fois, que toute ma vie soit brisée, dit Toq... (97) », « si je ne touche pas ce meuble avant que ma mère ne rentre, dit Rn..., fillette de 13 ans, je mourrai dans la semaine ». « Si je fais la cuisine en regardant mon couteau, je consens à mourir demain, se dit Vks..., qui a des impulsions criminelles à tuer sa petite fille avec un couteau. » « Si je suis gaie un vendredi, je vais me tuer le dimanche. » (Ger...) « Si je ne me décide pas à me faire religieuse, je jure que je me marierai avec le premier homme qui passera » (We.)...

Nadia est tout à fait remarquable par sa manie des serments. « Je jure de ne pas toucher ce meuble (c'était un de ses tics) sinon un grand malheur m'arrivera..., je jure de recommencer ma prière du matin 10 fois, 20 fois, 1 000 fois, sinon un malheur arrivera à ceux que j'aime. » Plus tard les pactes arrivent bien entendu à propos de la honte du corps et de l'obsession d'engraisser qui s'était surajoutée, « je jure par tous les saints du paradis que je ne toucherai plus à une seule miette de pain, sinon toutes sortes de malheurs arriveront à ma famille et à moi-même. » Ces serments se compliquent et deviennent de plus en plus terribles en vertu de cette disposition à pousser les choses à l'extrême que nous avons déjà notée. « Je jure sur la tête de mon père, de ma mère, de mon idéal (elle désigne ainsi un personnage dont elle était devenue amoureuse), je jure par tous les saints du paradis, par le Saint-Esprit, par Dieu le père que je ne mangerai aujourd'hui qu'un jaune d'œuf, et si je manque à ma parole, je ne deviendrai jamais une grande artiste, je ne serai pas com-

1. Lanteirès. *Essai descriptif sur les troubles psychopathiques avec lucidité d'esprit.* Thèse, 1885, p. 123, p. 44.

positeur, maman mourra bientôt et mon idéal aussi. » Comme elle ne tient pas ses serments et ne peut pas arriver à les tenir, elle en est désespérée et se torture l'imagination pour trouver une manière de les faire plus précise et plus terrible qui ait plus d'influence sur sa pauvre volonté. Au lieu de se borner à les dire elle les écrit sur des papiers qu'elle porte sur son cœur ; elle va les relire agenouillée devant le lit de sa mère sur laquelle elle a mis une bible. Rien n'y fait et ses serments non tenus ne servent qu'à la préoccuper davantage.

Chez ces malades le pacte semble être un moyen de réparer l'action défectueuse ou une excitation pour leur faire accomplir une action désirée à tort ou à raison. Mais peu à peu la manie se développe et se reproduit à propos de toute action même insignifiante qu'ils font ou qu'ils veulent faire, l'expiation ou le pacte n'est plus qu'un obstacle de plus à l'action, cette manie se rapproche alors de celle des présages et de celle de l'interrogation du sort. « Si je touche cet objet ma mère succombera », se dit Mw... à chaque moment. Si elle désire une chose agréable, elle se croit forcée de jurer d'y renoncer à propos de tous les actes. Ainsi elle prépare une promenade à bicyclette et à chaque instant elle est forcée de jurer « si je fais cette lecture, je jure que je ne sortirai pas ; si je prends mon mouchoir, je jure que je n'irai pas à bicyclette,... il faut pourtant bien que je me mouche, ajoute-t-elle avec tristesse ». Puis, quand arrive l'instant de la promenade, elle n'ose plus sortir parce qu'elle a si souvent juré de ne pas le faire. Ainsi le serment semble annihiler les actes futurs et arrête également l'acte présent.

Sous cette forme la manie des serments et des pactes est extrêmement fréquente quoique souvent méconnue et elle joue un très grand rôle dans ces maladies de la volonté.

4. — *Les manies des conjurations.*

Dans les cas plus graves, quand les malades ne sont pas seulement mécontents de leurs actions mais encore qu'ils se sentent poussés à faire des actions répréhensibles ils luttent contre l'impulsion en lui opposant une action qu'ils croient bonne, qu'ils croient destinée à conjurer la mauvaise tentation. Ces manies de conjuration sont tout à fait caractéristiques des scrupuleux et servent bien souvent à faire reconnaître une maladie jusque-là cachée.

Presque tous ces malades, Bor..., Xy..., Claire, Ger..., Lise ont été surpris faisant un geste du bras ou parlant toutes seules et répétant pendant des heures des mots comme : « non, non,... je ne veux pas... va-t-en... ce n'est pas vrai. » C'est parce que au dedans d'elle-même une autre voix blasphémait et avait envie de dire : « salaud, vache, cochon », à l'adresse du bon Dieu : la malade protestait par l'exclamation qu'on avait surprise.

Il est impossible d'énumérer toutes les formules de conjuration que l'on peut rencontrer; elles sont innombrables[1]. Une des choses les plus intéressantes à relever dans ces réponses, ces résistances à l'obsession, c'est que ce sont des réponses abrégées, des signes qui n'ont de valeur que par leur signification symbolique. M. Paulhan a justement insisté sur ce rôle des représentations symboliques dans la volonté[2].

Un premier groupe est constitué par de petits mouvements, de simples gestes, lever un doigt en l'air, remuer les doigts derrière le dos ou dans la poche, lever les yeux au plafond, frapper un meuble, etc. Nous reverrons ces phénomènes à propos des tics.

Le plus souvent la conjuration se fait par une phrase ou un mot. Lise répète « chut, va-t-en » comme si elle parlait au diable, mais en réalité elle répète cette formule pour chasser une idée quelconque même quand il ne s'agit pas du diable. Vob... s'écrie « non, je ne le ferai pas, arrière Satan. » Gisèle « advienne que pourra, pour le moment fini » et Bu... (85) répète toute la journée la singulière formule suivante : « Maman, ratan, bibi, bitaquo, je vais mourir. »

Dans beaucoup de cas ces formules cabalistiques de conjuration sont empruntées à l'arithmétique et deviennent des nombres, sans doute à cause du caractère abstrait et précis du nombre qui le fait aimer par les scrupuleux dont l'esprit toujours vague aspire sans cesse à la précision. Ou bien la manie arithmétique amène le sujet à répéter sa formule un nombre de fois déterminé. Lise emploie des nombres qui correspondent dans sa pensée à telle ou telle idée fixe ou qui résument une grande résistance contre elle. Il lui arrive de répéter des journées entières, au dedans d'elle-même « un, deux, quatre, six. » Ce qui est une résistance

1. Cf. Bellet, *Moyens de défense et psychothérapie dans l'obsession*. Thèse de Bordeaux, 1893.
2. Paulhan, *Revue philosophique*, 1884, II, 683.

contre les idées désignées par ces numéros. Quand elle est seule on peut l'entendre murmurer des phrases comme celle-ci, bien incompréhensibles pour un profane. « Le contraire de Dieu... quatre, trois, deux, cent soixante-quinze mille. » Cela veut dire qu'elle a pensé au culte du démon et, qu'elle a lancé la formule de résistance. Pour rien au monde elle n'abandonnerait ces formules qui la protègent contre elle-même ; pendant des essais de sommeil hypnotique, elle répète tout le temps « quatre, trois, deux, » ce qui ne facilite pas le traitement.

Pour lutter contre ses impulsions génitales Jean doit murmurer la syllabe « té » qui est, paraît-il, une abréviation du mot « assez », mais il faut la dire un nombre de fois déterminé, quatre fois, huit, seize, trente-deux ou soixante-quatre fois, par multiples de quatre suivant ses manies arithmétiques. « Je sens venir une douce érection, je sens mes tentatives de laisser aller, alors je balbutie mes syllabes de clôture : allons pas de phénomènes, té té té té, il faut le dire par quatre, ce n'est pas suffisant : té, vous savez que je ne peux m'arrêter à cinq, té té té, à huit je peux m'arrêter quand la tentation n'est pas trop forte ; mais il faudrait aller à seize quand c'est grave. » Ce ne sont pas toujours des mots que le malade répète ainsi, souvent il compte des gestes. Quand il croit avoir une tête de femme dans l'estomac après avoir mangé une charlotte ou un pain suspect il lui faut faire des secousses de muscles abdominaux quatre, huit ou seize fois « c'est le seul moyen de la faire sortir ».

Enfin j'observe chez Jean une forme plus curieuse de conjuration, c'est un acte mental, un effort imaginaire. Il se représente que les fluides envoyés par les femmes autour de lui sont comme autant de fils ténus qui se dirigent vers sa tête et avec des ciseaux imaginaires il faut qu'il se représente l'acte de couper ces fils. Dans d'autres cas, il faut qu'il se représente visuellement des lignes qui se coupent à angle aigu disposées symétriquement par quatre. La représentation imaginaire des figures que ce malade a bien voulu dessiner est, paraît-il, un remède souverain pour écarter les images obscènes (figure 2). Cette manie de se représenter des lignes dérive d'une manie précédente du même malade. Il doit évoquer des poutres de bois qui lui semblent placées très haut dans l'air à un kilomètre au-dessus de sa tête et par un effort d'imagination il doit les faire descendre par terre, ou bien il évoque l'image d'un homme qui marche dans les airs et il doit également, par un effort d'imagination, le forcer à prendre pied à

terre. Il paraît que cette dernière opération est fort difficile, car il fait de grands efforts et des contorsions de tout le corps pour parvenir à l'accomplir.

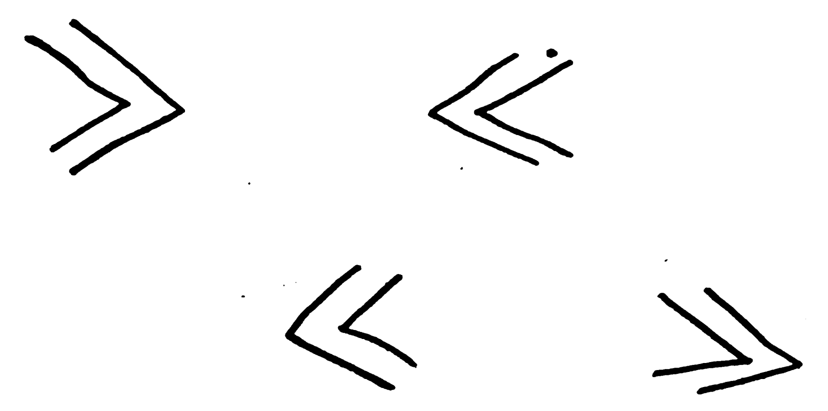


FIG. 2. — Reproduction d'un dessin du malade.

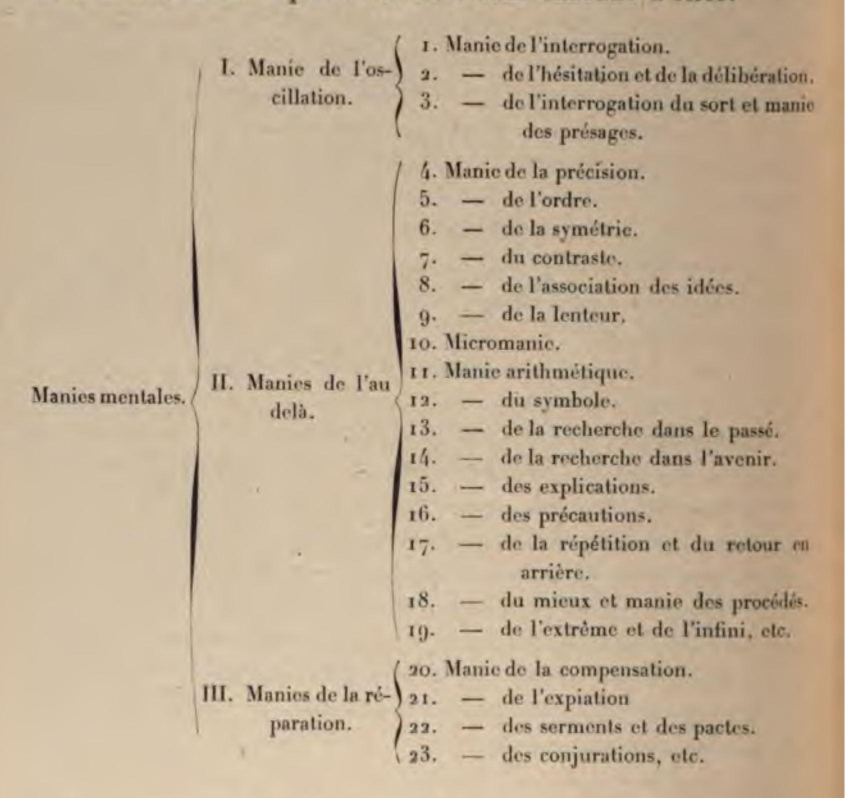
De pareilles formules, de semblables actions se transforment rapidement chez ces esprits faibles et ne tardent pas à devenir elles aussi une manie et une impulsion. Les malades ne veulent pas céder le dernier mot et autant de fois que l'impulsion se présente, autant de fois il faut lui répondre. De là une préoccupation de la réponse qui devient aussi grave que l'obsession elle-même. Lise n'osait plus dormir de peur que pendant le sommeil une idée se présentât et qu'elle n'eût pas la présence d'esprit de répondre. Les malades se tourmentent autant pour les conjurations que pour les impulsions elles-mêmes.

4. — *Les agitations mentales diffuses.*

Ces diverses manies mentales semblent, au premier abord, très nombreuses, on peut énumérer leurs diverses variétés dans le tableau ci-contre.

Chacun des malades se figure d'ordinaire qu'il est seul au monde de son espèce et il arrive souvent à faire partager au médecin sa conviction : de là toutes ces maladies bizarres, maladie de superstition, folie du doute, manie de la perfection, arithmomanie, onomatomanie, etc., qui ne sont à mon avis que des variétés accidentelles des manies scrupuleuses érigées en entités cli-

niques. C'est le même problème que nous avons déjà rencontré à propos des idées obsédantes et qui doit avoir ici la même solution. Aussi devons-nous rechercher les relations que ces diverses manies ont les unes avec les autres et le fond commun d'excitation mentale diffuse qui se retrouve dans chacune d'elles.



Manies mentales.	I. Manie de l'oscillation.	1. Manie de l'interrogation.
		2. — de l'hésitation et de la délibération.
		3. — de l'interrogation du sort et manie des présages.
	II. Manies de l'au delà.	4. Manie de la précision.
		5. — de l'ordre.
		6. — de la symétrie.
		7. — du contraste.
		8. — de l'association des idées.
		9. — de la lenteur.
		10. Micromanie.
		11. Manie arithmétique.
		12. — du symbole.
		13. — de la recherche dans le passé.
		14. — de la recherche dans l'avenir.
		15. — des explications.
		16. — des précautions.
		17. — de la répétition et du retour en arrière.
		18. — du mieux et manie des procédés.
		19. — de l'extrême et de l'infini, etc.
	III. Manies de la réparation.	20. Manie de la compensation.
		21. — de l'expiation
		22. — des serments et des pactes.
		23. — des conjurations, etc.

1. — *Unité clinique des manies mentales.*

Quelques malades, pour des raisons qui tiennent à l'évolution de leurs troubles et que nous étudierons plus tard, semblent affectionner certaines manies particulières. Lise fait des promesses pour expier, Nadia préfère les serments, Jean se borne aux compensations ; Claire cherche des procédés de perfectionnement, Zo... prend des précautions et Zei... se contente de répéter les actes. Ces différences dans la variété de la manie habituelle donnent même à certains malades une physionomie assez distincte. Il est certain que Rai..., qui cherche des procédés pour manger bien, pour respirer mieux et qui pour y parvenir crache et rote conti-

nuellement, ne ressemble pas extérieurement à Lise qui, tout à fait immobile, s'interroge silencieusement sur les promesses qu'elle a pu faire au diable. Mais cette remarque faite, il faut se hâter d'ajouter que cette différence dans l'aspect extérieur des malades est peu profonde.

En réalité, si on suit avec soin l'histoire de ces malades, on voit qu'à côté de la manie principale aujourd'hui prédominante, ils ont une quantité d'autres manies secondaires dont ils ne se plaignent pas et qui se rapportent à toutes les autres formes observées chez les autres sujets. En outre, il est très facile de constater qu'à d'autres époques de leur vie ils ont donné le premier rang à d'autres manies. Jean, dont les compensations sont si remarquables, a en même temps la manie de la conjuration, celle des précautions, celle des présages, etc. We... qui interroge le sort a aussi la manie des conjurations et des pactes. Claire a la manie de la répétition, celle du retour en arrière, et celle des expiations, etc. Lise à côté de ses promesses au démon a l'interrogation, l'arithmomanie, la conjuration, etc. Myl... (98) qui a maintenant la manie de la précision et la micromanie a commencé, il y a trois ans, par la manie des recherches et des procédés : Zo... actuellement tourmentée par la manie des précautions a eu autrefois la manie de l'expiation. Vor... présente maintenant les procédés urinaires, il y a dix ans elle était tourmentée par les serments. Gisèle qui fait actuellement des conjurations a eu les interrogations, les précautions, les pactes.

En un mot, il est bien rare qu'un malade qui vient se plaindre d'une de ses manies ne connaisse pas par expérience toutes les autres. Vient-il d'avouer un besoin de retour en arrière, on peut sans hésitation lui demander s'il est bien rassuré à propos des serments qu'il a faits. On peut ainsi surprendre le malade en lui décrivant des bizarreries mentales qu'il a présentées et qu'il croyait parfaitement inconnues. L'interrogatoire est pour ainsi dire formulé d'avance, comme celui de l'hystérique ; les questions sont différentes, mais les réponses sont aussi bien prévues.

Enfin, certaines expériences peuvent mettre encore en évidence cette relation qui existe au point de vue clinique entre ces diverses manies. Si par divers traitements, on arrive à supprimer ou à diminuer chez un malade certaine manie, on le voit plus ou moins rapidement tomber dans une autre. J'ai empêché Nadia de faire des serments qui engagent l'avenir, elle prend l'habitude de se

borner à des conjurations dans le présent et elle reste tout aussi tourmentée par cette nouvelle manie. Si je lui supprime celle-ci, ce seront des précautions interminables précisément pour ne pas s'exposer à faire ce que je lui ai défendu. Il en est de même plus nettement encore chez Jean, il remplace une compensation par une autre : il arrive, « vous ne vous figurez pas avec quel effort », à aller se coucher après avoir serré la main de sa mère sans chercher son frère pour lui serrer la main en dernier, mais il se lave la main droite huit fois à l'eau bien froide, et quand il vient me raconter ce haut fait il voudrait recevoir des compliments. Je veux supprimer toute compensation, alors il y aura avant l'action d'interminables délibérations. Il va rester une heure à la porte d'une église sans se décider à entrer ou à s'en aller : « s'il entre, il sait bien qu'il aura besoin de compenser ce sanctuaire par un autre et M. Janet l'a absolument défendu ; mais s'il ne compense pas, il s'expose à être poursuivi par des fluides, lequel est préférable les reproches qu'il prévoit ou les fluides ? » Claire remplace le retour en arrière par les recherches ou par les pactes. Il en est ainsi bien souvent au cours des traitements.

Ce mélange et cette succession des diverses manies chez le même individu nous montre déjà qu'au point de vue clinique ces diverses manies doivent être très voisines les unes des autres et qu'elles doivent toutes dépendre d'une même disposition mentale qui en est chez tous le point de départ. Cette disposition est évidemment une agitation de l'esprit, un besoin de faire travailler la pensée qui se montre d'une manière plus complète dans la simple *rumination mentale*.

2. — *La rumination mentale.*

Les manies mentales précédentes nous montraient une activité mentale dans un sens déterminé toujours le même, l'agitation de l'esprit était systématisée. Très souvent, ces diverses manies se combinent, se mélangent plus ou moins confusément et le caractère de la systématisation devient moins visible. Il en résulte un phénomène psychologique extrêmement curieux dont l'importance au point de vue de l'interprétation de l'esprit ne me semble pas avoir été encore suffisamment mise en évidence.

C'est un singulier travail de la pensée qui accumule les associations d'idées, les questions sur les questions, les expiations,

les pactes de manière à former un inextricable dédale. De temps en temps, les associations d'idées ramènent comme par hasard une des questions du début et alors le malade recommence tous les rabâchages précédents, il tourne ainsi en cercle comme Lise ; ou bien ces hasards font naître une idée tout à fait différente qui lance la pensée sur une autre piste et ce sont « des embranchements d'idées », comme dit Lod... Le travail est plus ou moins compliqué suivant l'intelligence et le degré de culture du sujet, mais qu'il tourne en cercle ou qu'il enfile des embranchements, il n'arrive jamais à une conclusion, il ne peut jamais « tirer la barre » et s'épuise dans un travail aussi interminable qu'inutile.

Ce phénomène est souvent décrit sous le nom de fuite des idées, volée des idées, « idéen flucht »[1]. Legrand du Saule le désignait sous le nom de *rumination mentale* que nous conservons[2]. Le fait est si remarquable qu'il faut encore en revoir quelques exemples afin de pouvoir en dégager les caractères psychologiques essentiels.

Voici une rumination de Ger..., une femme du peuple très peu instruite. Une après-midi de jeudi, elle songe à préparer le dîner et prend un pot afin d'aller chez la fruitière acheter pour quelques sous de bouillon. Elle s'arrête sur l'escalier avec la pensée qu'il faut réfléchir un moment s'il n'y a rien de répréhensible à acheter du bouillon chez la fruitière (manie de précision) « en général non, mais c'est aujourd'hui jeudi, il faut faire attention à ce détail : qu'est-ce que la fruitière va penser en lui voyant acheter du bouillon aujourd'hui (manie de l'interrogation)? Si elle croit que c'est pour faire la soupe ce soir, il n'y a pas grand mal, mais on peut supposer que la fruitière croira autre chose (manie des suppositions); elle croira peut-être que je veux en faire une soupe pour demain vendredi. Si elle suppose cela elle va être scandalisée à cause de moi : c'est bien ma nature de donner toujours aux autres le mauvais exemple (obsession criminelle) : si j'ai fait croire cela à la fruitière j'ai commis un acte qui en lui-même ne paraît pas très grave, mais qui est horrible par sa signification ; cela signifie que je me moque du bon Dieu (manie du symbole). Toute la question revient à savoir si la fruitière peut supposer que je mangerai mon bouillon demain plutôt que ce soir. Com-

1. Aschaffenburg, La volée des idées, Ideen Flucht. *Congrès des aliénistes allemands*, 1894. *Archives de neurologie*, 1895, I, p. 324.

2. Legrand du Saulle, 1878, cf. Cullere, *les frontières de la folie*, p. 65 ; Raymond et Arnaud, *Ann. méd. psych.*, 1892, II, p. 78.

ment fera-t-elle une pareille supposition ? En réfléchissant à ce qui pourra me rester dans mon garde-manger pour la soupe de ce soir. La dernière fois que je l'ai vue, c'est-à-dire hier matin, lui ai-je donné à penser qu'il me restait de la soupe pour jeudi soir, quelle parole lui ai-je bien pu dire hier matin (manie des recherches dans le passé et embranchement d'idées). » La voici maintenant qui travaille à se remémorer tout ce qu'elle a bien pu dire à la frutière, malheureusement le souvenir ne revient pas assez complet et elle finit par se dire « que si la fruitière lui a fait à un moment mauvais visage, c'est qu'elle lui a dit quelque chose d'extraordinaire, mais voilà, la fruitière lui a-t-elle fait à un moment mauvais visage. Impossible de le savoir avec précision... non, décidément, le mieux c'est de demander conseil au mari. Mais le mari va répondre, c'est sûr : tu m'embêtes avec ton vendredi ; et le seul résultat, c'est qu'elle aura fourni à son mari l'occasion de dire du mal du bon Dieu. La voilà bien qui scandalise tout le monde ; quel horrible état criminel est le sien. Vraiment tout vaudrait mieux que ce crime perpétuel et si Dieu lui accordait de ne plus scandaliser tout le monde, elle lui promettrait bien de faire n'importe quoi. Mais, si Dieu lui demande de tuer sa petite fille (manie des pactes)? Il peut le demander puisque c'est l'enfant d'une mère coupable qui sera coupable comme elle. Vaut-il mieux continuer à scandaliser tout le monde ou consentir à tuer sa petite fille avec un couteau de cuisine..., etc...? » Trois heures après le début de ces belles réflexions, le mari rentre chez lui et trouve Ger... debout sur le palier de l'escalier, son pot vide à la main : elle n'avait pu se décider ni à aller chez la fruitière, ni à rentrer chez elle en renonçant à faire cette soupe.

Les ruminations paraissent un peu plus compliquées et les raisonnements plus subtils si on prend un sujet d'un milieu social plus élevé, mais cette différence est loin d'être aussi considérable qu'on pourrait le supposer. Nadia sort assez émue d'une conversation qu'elle vient d'avoir avec son père ; celui-ci a essayé de lui faire comprendre qu'il est juste de manger pour vivre et que c'est un devoir pour elle. Nadia ne demanderait pas mieux que d'accepter cette croyance « ce serait une solution, sa tranquillité, mais quelque chose s'y oppose, c'est le souvenir des innombrables serments qu'elle a faits. Qu'arrivera-t-il si elle manque à de tels serments (manie des pactes et des interrogations). D'autre part, si c'est mal de manquer à ses serments, c'est aussi très mal de refuser d'écouter les

supplications de ses parents. Elle a fait aussi des serments pour promettre d'obéir à ses parents et de ne plus faire pleurer sa mère; lesquels de ces deux serments comptent le plus? On lui a dit qu'il ne faut pas tenir compte des serments qui sont évidemment ridicules, mais lesquels sont évidemment ridicules et doit-elle les supprimer si elle n'a pas l'évidence qu'ils sont tels? La direction qu'on lui a donnée est en somme hypothétique et c'est à elle à décider en dernier ressort (manie de l'oscillation). Heureusement, elle a pris la précaution de ne rien écrire relativement à ces pactes, ce qui n'est pas écrit ne compte pas (manie de la précision), mais n'est-il pas possible qu'elle ait écrit sans s'en rendre compte : une lettre quelconque écrite à une amie peut avoir la signification d'un pacte (manie du symbole), comment savoir si ce n'est pas arrivé. Si j'arrive à tourner la tête cinq fois de suite avant que ma gouvernante ne se retourne, je n'aurai rien promis; si je n'y arrive pas, le pacte existe (tic et manie des présages)... J'ai réussi, mais qu'importe, ma mère n'est-elle pas morte, j'avais tant de fois juré sur sa tête, c'est pour cela qu'elle est morte; si je manque de nouveau à mes serments, mon père mourra et mon idéal aussi. Est-ce que je suis maudite? etc. » La rumination continue dans ce sens pendant plusieurs heures sans que Nadia arrive à une solution sur la question posée au début : elle cherchait en somme s'il fallait accepter ou nier l'affirmation de son père que son devoir était de manger pour vivre, elle est encore au même point et ne sait pas davantage si elle croit ou ne croit pas ce qu'on lui a dit.

Je n'insiste plus que sur un troisième exemple de ces ruminations complexes intéressant par les circonstances dans lesquelles il se produit. Lod... est en train de jouer du piano et comme elle est assez musicienne, elle commence à y prendre un certain plaisir; ce plaisir va se développer et donner naissance à une jouissance artistique qu'elle connaît pour l'avoir éprouvée autrefois et qu'elle attend, mais à ce moment une foule de pensées commencent à surgir dans sa conscience. « Ce n'est pas un travail qu'elle fait là puisqu'elle prend du plaisir. Est-ce que Dieu permet que l'on puisse ainsi s'oublier dans des plaisirs (manie de la perfection et du remords)? Il faut effacer ce plaisir égoïste en faisant quelques petites choses pour la gloire de Dieu (manie de l'expiation). Il faut se condamner, faire une triste figure toute la journée. Oui, mais cela va ennuyer ses parents : lequel vaut le mieux :

ne rien faire pour Dieu ou ennuyer ses parents (manie de l'interrogation)? Les idées vont encore rester en litige sans que je puisse tirer la barre » et elle continue à méditer ainsi toute la matinée.

On pourrait multiplier indéfiniment ces exemples, il est très facile de les imaginer en combinant de mille manières toutes les diverses catégories des manies mentales que nous avons analysées de manière à former des embranchements de pensées ou des cercles d'idées tout à fait interminables.

3. — *La rêverie forcée.*

Dans les ruminations précédentes on peut encore retrouver la trace de diverses manies mentales, la systématisation maladive est incomplète mais elle existe encore en partie. Je crois qu'il faut rapprocher de ces malades un groupe très intéressant de sujets dont le caractère maladif n'est pas toujours bien compris.

Voici un exemple qui précisera le phénomène que je considère. Une femme de 44 ans, Lib... (117), très intelligente, très raisonnable, se plaint d'un trouble de la tête qui depuis 20 ans dérange toute son existence, l'empêche de jouir de la vie, de travailler et même de dormir. Ce trouble, c'est la *rêverie qui s'impose* d'une manière irrésistible « il me semble, dit-elle, que je suis forcée de penser trop, que je suis obligée de me raconter des histoires, de discuter avec moi-même, de me souvenir, de raisonner d'une manière tout à fait exagérée et inutile ». Cette femme reste toujours très calme, très tranquille, elle n'a point de tics, encore moins d'émotions ou d'angoisses, mais à propos de tout événement ou de toute action elle a l'esprit assailli par d'interminables rêveries. Le plus souvent elle peut dissimuler sa rêverie et elle semble agir, causer avec les personnes présentes ou lire un livre; mais elle ne se donne que très peu à ces occupations, la plus grande partie de son esprit est occupée ailleurs par la rêverie continuelle. Dans bien des cas, dès que l'action devient difficile ou demande plus d'attention, Lib... devient incapable de la faire. Elle ne peut plus suivre une conversation au milieu de plusieurs personnes, elle ne peut plus comprendre une lecture difficile. Le sommeil surtout est presque complètement supprimé et est remplacé par cette rêverie perpétuelle.

Je n'étudierai pas maintenant les troubles de la volonté et de l'attention qui jouent un grand rôle dans cette observation, je ne

considère maintenant que la rêverie elle-même. Le caractère le plus curieux de cette rêverie c'est qu'elle ne contient en apparence aucun des symptômes pathologiques que nous venons d'étudier. Lib... n'a certainement aucune obsession, bien mieux elle ne présente aucunement ce que nous venons d'appeler une manie mentale. Aucune idée obsédante ne revient régulièrement, il n'y a pas de processus mental, interrogation, recherche, comparaison qui joue un rôle réellement prédominant. Cette rêverie est très variée, le plus souvent elle n'est pas désagréable en elle-même, et surtout elle n'est pas déraisonnable. Ce sont des réflexions, des remémorations du passé, des imaginations de l'avenir, des discussions, des méditations qui n'ont de pathologique que leur exagération et leur irrésistibilité. « Ce que je regrette, dit-elle, c'est d'être obligée de penser ainsi un million de choses absolument inutiles, quand je ferais bien mieux de m'occuper de mon travail ou de dormir. Ce sont des tableaux innombrables et des bavardages sans fin que je ne puis arrêter que pour un moment et avec une peine extrême. »

Ce symptôme de la *rêverie forcée* me paraît très important, il se retrouve chez beaucoup de nos malades. « Ce n'est pas ma faute, dit Vk..., si je ne fais rien, il me vient des idées en surabondance, j'en suis submergée. » « Il me semble, dit Lgh..., qu'il m'arrive à l'intérieur des flots d'idées qui se succèdent avec une rapidité inouïe. Ce ne sont pas toujours des idées folles, je vous assure, ni des interrogations absurdes. Toutes ces idées me semblent séduisantes : il y aurait de bons motifs pour m'arrêter sur toutes. Mais je ne puis choisir, je suis obligé de passer de l'une à l'autre, c'est dans ma tête un remue-ménage d'idées invraisemblable. » Lise sent bien qu'à de certains moments « toute sa vie se concentre dans sa tête, que le reste du corps est comme endormi et qu'elle est forcée de penser énormément sans pouvoir s'arrêter. Sa mémoire devient extraordinaire et se développe démesurément sans qu'elle puisse la diriger par l'attention ». Wo..., qui a maintenant des manies mentales bien nettes (manie de la vérification et manie des pactes), reconnaît très bien qu'il n'en a pas toujours été ainsi. « Pendant bien des années mes rêveries n'étaient pas comme aujourd'hui toujours dans le même sens, je savais bien que je pensais trop, que mon esprit s'embrouillait de choses à côté, que je n'en finissais pas de penser cent choses au lieu d'une seule. Depuis longtemps mes pensées

tournaient dans le vide sans pouvoir s'accrocher à rien de précis... » Il serait très facile de retrouver cet état mental de la rêverie forcée au début de bien des cas de maladie des obsessions. Même chez les individus à peu près normaux, ces histoires interminables que l'on se raconte, cse méditations faciles qui se substituent au travail et à l'attention sont des plus fréquentes.

Ces rêveries forcées ont été, comme la rumination précédente, décrites sous le nom de fuite des idées, de volée des idées car ce sont des phénomènes très voisins. Elles correspondent aussi, si je ne me trompe, à ce qui a été décrit sous le nom de *mentisme* « sorte d'effervescence intellectuelle particulière, dans laquelle, pour me servir de la définition d'un auteur qui en était atteint lui-même, Dumont de Monteux, nous voyons, avec un sentiment très net, des pensées qui nous sont étrangères, que nous ne connaissons pas comme *nôtres*, et qui s'étant introduites du dehors, pullulent, se meuvent avec la plus grande rapidité[1] ».

Dans l'étude des obsessions on s'est beaucoup occupé et avec raison des angoisses diffuses, c'est-à-dire des agitations émotionnelles diffuses. Il me paraît nécessaire d'attirer aussi l'attention sur ces rêveries forcées qui sont des agitations mentales diffuses.

Si nous rapprochons les rêveries forcées, et les ruminations mentales de toutes les manies mentales qui ont été décrites précédemment, nous voyons qu'il existe chez ces malades un grand travail mental qui se développe d'une manière anormale. Ce travail est en apparence assez considérable : il comprend la plupart des opérations intellectuelles, associations des idées, mémoire, imagination, jugement, raisonnement, toutes sortes d'opérations qui s'effectuent surtout sur des images et des idées abstraites. Ce travail n'est pas sans difficulté ni sans efforts, il est souvent fatigant et pénible. Malheureusement il présente un caractère évident au premier abord, il est parfaitement inutile et stérile : qu'il soit systématique ou diffus, il n'aboutit jamais à rien de réel ni d'utile; c'est pourquoi il justifie le nom que nous lui avons donné d'agitation mentale. Cette agitation est forcée, elle s'impose au sujet d'une manière particulière : mais ce caractère très important se retrouve exactement le même dans les mouvements forcés et dans les émotions forcées, il sera étudié plus utilement à la fin de ce chapitre.

1. Dumont de Monteux, d'après Séglas, *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, 1895, p. 69.

DEUXIÈME SECTION

LES AGITATIONS MOTRICES

La plupart des troubles mentaux précédents s'accompagnaient de quelques mouvements, ne fût-ce que de paroles ou d'écritures. Mais ces mouvements étaient en réalité peu de chose et la principale dépense de force se faisait dans les phénomènes de pensée. Au contraire, chez les mêmes malades, on observe des troubles surtout moteurs où une sorte d'excitation semble se dépenser en mouvement, accompagnée d'une somme de pensées conscientes assez minime.

Ces mouvements présentent au premier abord les mêmes caractères déjà remarqués dans tous ces phénomènes forcés. Ils se produisent sans être en rapport ni avec les circonstances extérieures ni avec les désirs du sujet; cependant ils ne sont pas absolument inconscients, ils ne s'exécutent pas tout à fait sans la participation de la conscience ni même de la volonté du sujet. Le malade sent au moins en partie qu'ils s'accomplissent et qu'ils s'accomplissent parce qu'il veut bien les accomplir, mais il se sent contraint d'avoir cette volonté inutile et absurde : ce sont tout à fait, suivant l'expression d'un malade « des travaux forcés ».

De même que pour les pensées, ces mouvements forcés peuvent être systématiques ou diffus; quand ils sont systématiques ils constituent *les tics,* et quand ils sont diffus les *crises d'agitation*.

1. — Les agitations motrices systématisées. — Les tics.

L'étude de ce phénomène est relativement récente, il était autrefois confondu vaguement avec les convulsions et les spasmes; mais en raison de l'intérêt qui s'attache aujourd'hui aux études de psychologie pathologique, le tic a été l'objet de

beaucoup de travaux récents qui ont au moins précisé le problème. J'empruntai d'abord à ces études intéressantes les éléments d'une détermination du tic, c'est-à-dire les caractères essentiels qui constituent le tic. Puis je résumerai brièvement la description de quelques tics importants présentés par mes malades en insistant surtout sur les caractères psychologiques de ces phénomènes.

1. — *Les caractères des tics.*

Le premier caractère qui a été bien mis en évidence, c'est la systématisation du tic, son analogie avec cet ensemble systématisé de mouvements qui constitue un acte. Trousseau comprenait encore le tic d'une manière assez vague : il le caractérisait « par des contractions rapides généralement limitées à un petit nombre de muscles, habituellement aux muscles de la face, mais pouvant affecter d'autres muscles du cou, du tronc, des membres[1] ». En somme il ne parlait que de la petitesse et de la rapidité du mouvement : quelques secousses d'épilepsie partielle pourraient ainsi être confondues avec des tics. Charcot[2], Gilles de la Tourette[3], Guinon[4] ont cherché à distinguer et à grouper au moins quelques tics très exagérés et faciles à reconnaître. En outre des caractères précédents, petitesse du mouvement et sa rapidité, ils ont insisté sur sa régularité et sur sa ressemblance avec des actes déterminés. « Les tics, disait Charcot, reparaissent toujours les mêmes chez un même sujet, et de plus ils reproduisent en les exagérant cependant certains mouvements automatiques complexes d'ordre physiologique appliqués à un but, ce sont en quelque sorte, en d'autres termes, la caricature d'actes de gestes naturels[5]... »

L'auteur qui a le plus contribué à faire connaître le tic et à le distinguer cliniquement des phénomènes convulsifs voisins est M. Brissaud. Dans ses leçons à la Salpêtrière il est revenu à plusieurs reprises sur la distinction intéressante du spasme et du tic[6].

1. Trousseau, *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1873, II, p. 267, p. 464.
2. Charcot, *Leçons du mardi*, II, p. 13.
3. Gilles de la Tourette, 1885.
4. Guinon, 1886.
5. Charcot, *Leçons du mardi*, 1888-89, p. 464.
6. Brissaud, *Leçons sur le smaladies nerveuses*, 1re série, 1895, 513.

A la brusquerie, à la petitesse, il a ajouté ce caractère déjà indiqué par Charcot mais qu'il met beaucoup plus en évidence, la systématisation. Le spasme qui résulte de l'irritation d'un point de l'arc réflexe siège soit dans un seul muscle, soit dans le groupe des muscles innervés par un même nerf. Ainsi on observe des spasmes dans le domaine du facial, le tic douloureux de la face est mal nommé, car c'est en réalité un spasme : on a vu de ces spasmes du facial, déterminés par un petit foyer hémorragique sur le pied de la deuxième frontale, centre du facial, par un anévrisme de l'artère cérébrale au-devant du tronc du facial, ou par des fibro-lipomes intéressant ce nerf. Au contraire dans bien des tics on observe non seulement le spasme palpébral, les mouvements de langue, les grimaces de la bouche, mais des troubles respiratoires, des bruits laryngés, etc. ; le mouvement complexe dépend du facial, de l'hypoglosse, du phrénique, il y a là une coordination qui ne peut se comprendre que par l'intervention de l'écorce cérébrale.

Ce caractère systématique, cette relation du tic avec les actions adaptées se trouve confirmé dans la plupart des études ultérieures. « Le caractère essentiel du tic, dit M. Oddo[1], est le caractère intentionnel ou mieux pseudo-intentionnel, car l'intention volontaire a disparu depuis longtemps dans le tic. Il n'en est pas moins vrai que les mouvements des tiqueurs sont coordonnés pour l'accomplissement d'un acte toujours le même. Le tic est un mouvement essentiellement figuré, la chorée est constituée par un mouvement amorphe. »

MM. Meige et Feindel ont encore insisté sur ce caractère en lui faisant jouer un grand rôle dans la classification des tics. « Les tics doivent être classés, disent-ils[2], non d'après les muscles qui interviennent dans le mouvement, mais d'après les actes dont le tic est la caricature. Ainsi on distinguera *des tics des paupières,* battements, clignottements analogues aux actes déterminés par un corps étranger dans l'œil, par une trop vive lumière, *des tics des yeux,* élévations, mouvements latéraux, analogues aux actes déterminés par la présence de corps étrangers, par des troubles de la vision.

1. C. Oddo, Les tics. *Presse médicale*, 1889, I, 189.

2. Meige et Feindel, Les causes provocatrices et la pathogénie des tics de la face et du cou. *Société de neurologie*, 18 avril 1901.

Les tics du nez, reniflement, battement, froncement des narines, correspondent aux actes suivants, aspiration justifiée par un encombrement passager des voix nasales, dilatation des narines pour éviter la gêne ou la cuisson d'une petite plaie.

Les *tics de la bouche,* des lèvres, de la langue, les moues, les succions, les mordillages, les pincements, les rictus, les mâchonnements, les déglutitions, etc. correspondent aux mouvements pour enlever une pellicule dans les gerçures des lèvres, pour remuer une dent qui branle, pour tâter un endroit de la bouche, etc.

Pour les tics de la tête, secousses, hochements, on trouve comme actes correspondants les déplacements, les redressements du chapeau, les mouvements pour se débarrasser de la gêne produite par le faux col, par un vêtement, etc. »

« Les tics respiratoires, dit aussi M. Oddo, sont des abréviations d'actes plus accentués, d'exclamations, de mots d'injures[1]. »

Dans les tics du cou, dans le torticolis mental, le mouvement correspondant est un effort pour éviter la douleur d'une fluxion dentaire, pour éviter une douleur musculaire, pour éviter un courant d'air et protéger le cou en relevant les vêtements, pour dissimuler une tristesse, pour regarder dans la rue, etc.

Dans les tics de l'épaule, on retrouvera le geste du colporteur décrit par M. Grasset[2], geste de charger un ballot sur son épaule, et beaucoup de gestes professionnels du même genre. Dans des tics du pied que j'ai décrits[3] on retrouvera les claudications déterminées par la douleur d'un cor, les retractions des orteils dans une chaussure trop courte, etc.

En se plaçant au même point de vue M. Meige fait encore une distinction intéressante entre les tics cloniques qui consistent en un mouvement rapide et des *tics d'attitude,* des tics toniques en quelque sorte qui consistent dans la conservation d'une attitude : celle-ci représente toujours une action mais une action permanente[4]. Il rappelle à ce propos le cas de trismus de mâchoires que j'avais étudié avec M. Raymond[5] : un brave prêtre qui crai-

1. C. Oddo, *Presse méd.*, op. cit., 1899, II, 190.

2. Grasset, *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1897.

3. Raymond et P. Janet, Note sur deux tics du pied. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1899, p. 353.

4. H. Meige, Histoire d'un tiqueur. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 août 1901.

5. *Névroses et Idées fixes*, II, p. 381.

gnait de se montrer indiscret et de laisser échapper le secret du confessionnal, en était venu à ne plus pouvoir desserrer les dents et devait se mettre un bouchon dans la bouche pour pouvoir faire un sermon. M. Meige étudie aussi à ce propos une observation de tiqueur tout à fait remarquable qui pour arrêter un mouvement de son épaule prend une attitude permanente et tient son bras collé au corps, appuyé sur l'épigastre.

Le second caractère du tic également bien mis en lumière par la plupart de ces auteurs c'est que le tic est un acte *inopportun, intempestif*. « Le tic, disait Charcot, n'est que la caricature d'un acte, d'un geste naturel..., le mouvement complexe du tic n'est pas absurde en soi, il est absurde, illogique parce qu'il s'opère hors de propos sans motif apparent[1]. » « Le tic, disait M. Noir dans son étude intéressante, est la reproduction habituelle mais *intempestive* d'un geste...[2] » et M. Guinon disait aussi : « le tic est un mouvement convulsif, habituel et conscient résultant de la contraction involontaire d'un ou de plusieurs muscles du corps et reproduisant le plus souvent, mais d'une façon intempestive quelque geste réflexe ou automatique de la vie habituelle. »

J'ajouterai dans le même sens que, si le tic est un acte, il ne faut pas cependant oublier que c'est un *acte stérile* qui ne produit rien. Il est évident qu'il ne produit rien d'utile, mais je crois que l'on peut même dire dans le plus grand nombre des cas qu'il n'est même pas capable de faire du mal. Ce qui nuit au sujet c'est le fait d'être un tiqueur, c'est l'ensemble des phénomènes, des troubles qui accompagnent le tic. Mais l'acte lui-même qui est le tic, le mouvement de la tête, le torticolis, le clignement des yeux, la grimace de la bouche ne font pas grand mal. J'ai décrit une jeune fille qui avait le singulier tic de tomber brusquement à genoux tous les dix pas dans la rue aussi bien que dans sa chambre[3], et j'ai remarqué avec étonnement que dans ces agenouillements brusques elle ne se faisait jamais de mal aux genoux. Cette inefficacité du tic est intéressante, elle est à rapprocher de l'inutilité complète des manies mentales et devra

1. Charcot, *Leçons du mardi*, 1888-89, p. 464.
2. J. Noir, *Étude sur les tics chez les imbéciles et chez les dégénérés*, 1893.
3. *Névroses et Idées fixes*, II, 392.

être rappelée quand nous étudierons les troubles de la volonté qui déterminent ces agitations stériles.

Cette impuissance du tic se rattache à un autre caractère qu'il ne faut pas oublier quand on insiste sur le rapprochement du tic et de l'acte. Si on laisse de côté les hystériques qui ont des tics un peu particuliers et chez qui la reproduction de l'acte peut être plus complète, si on considère seulement les psychasthéniques qui sont les vrais tiqueurs, on peut dire que *le tic n'est pas un acte complet.*

Quand As... a la singulière habitude de se faire vomir après chaque repas en s'introduisant deux doigts au fond de la bouche, tout en trouvant lui-même que l'acte est inopportun, absurde et dangereux, on ne peut pas dire qu'il a un tic. C'est une impulsion en rapport avec les obsessions de la honte du corps et l'hypocondrie. Il n'y aura tic qu'au moment où l'acte se sera peu à peu simplifié et quand As... n'a plus que quelques spasmes, quelques régurgitations, quelques rots après chaque repas. Il faut conserver, je crois, dans la notion du tic l'idée ancienne de Trousseau que le tic est un petit mouvement incomplet, d'autant plus que ce caractère d'être incomplet n'est pas sans importance chez les scrupuleux. Leur micromanie, leur manie de la précision, du symbole, les prédispose à rechercher ces petits mouvements incomplets. Si le tic est ainsi un mouvement incomplet, il peut se réduire à très peu de chose, devenir un mouvement des plus simples dans lequel la systématisation toujours fondamentale au début devient de moins en moins visible. Ser... lève continuellement la main droite afin de toucher sa boucle d'oreille et de vérifier si elle ne l'a pas perdue. Ici le mouvement est très bien systématisé, mais peu à peu il se réduit et elle n'a plus qu'une secousse de l'index qui se lève brusquement. Ce petit mouvement est encore bien un tic par ses origines et par l'état mental qui l'accompagne, mais si on le considérait isolément il serait difficile d'y voir une systématisation bien nette.

C'est en considérant des cas de ce genre que M. Bourdin[1] en vient à contester la systématisation du tic et à nier qu'il reproduise des actes. Les mouvements du tic sont, à son avis, beaucoup trop simples et trop bizarres. Cet auteur va jusqu'à ratta-

1. Bourdin, *L'impulsion spécialement dans ses rapports avec le crime.* Thèse de Paris, 1894, p. 55.

cher les tics, au moins les tics simples à une lésion fonctionnelle de la moelle qui se traduit par des décharges motrices. Une semblable erreur serait impossible si l'on remontait à l'origine du mouvement et si l'on remarquait que ce qui caractérise surtout le tic c'est le trouble mental qui le détermine et qui, pendant très longtemps si ce n'est toujours, continue à l'accompagner.

M. Brissaud avait déjà remarqué que la systématisation du tic conduisait à son étude psychologique. Dans bien des cas, dit-il, le tic serait impossible à diagnostiquer si l'on n'examinait que le mouvement lui-même, si l'on ne tenait pas compte des antécédents et de l'état mental qui a préparé le tic et qui l'accompagne.

Aussi la plupart des travaux récents sur les tics sont-ils en somme des études de psychologie plus ou moins avouée dans lesquelles on cherche surtout à déterminer l'aspect mental de ce phénomène. Parmi les contributions les plus intéressantes à cette étude il faut citer le mémoire de Tokarski [1], les articles de MM. Oddo [2], Dubois de Saujon [3], Meige [4], Feindel, Hartenberg [5]. La plupart de ces travaux se placent surtout au point de vue thérapeutique et devront être étudiées à propos des divers traitements de l'état psychasthénique. Nous remarquons seulement ici qu'ils notent tous deux aspects dans le tic, le mouvement systématique et le phénomène mental concomitant.

En effet le tic est accompagné par des phénomènes de conscience, de volonté et de pensée. En premier lieu ce mouvement est conscient ; je parle toujours ici du psychasthénique et non de l'hystérique. Le sujet sait parfaitement qu'il ferme les yeux, qu'il tourne la tête, qu'il s'agenouille. Il le sent d'autant mieux qu'il a le sentiment de faire lui-même le mouvement et de le faire volontairement. Cette intervention de la volonté personnelle du sujet est si importante qu'il peut parfaitement faire son tic à tel moment plutôt qu'à tel autre, qu'il peut le supprimer momenta-

1. Tokarsky, Rôle des idées, des moments psychiques dans la production des tics. *Société médicale des neurologistes et aliénistes de Moscou*, déc. 1892. *Arch. de Neurologie*, 1893, I, 341.
2. Oddo, op. cit., *Presse médicale*, 1899, II, 189.
3. Dubois de Saujon, Les tics. *Société de thérapeutique*, 27 mars 1901.
4. H. Meige et F. Feindel, État mental des tiqueurs. *Progrès médical*, 7 septembre 1901.
5. Hartenberg, Traitement d'un cas de tic sans angoisse. *Revue de psychologie clinique et thérapeutique*, janvier 1899, p. 17.

nément, le remettre à plus tard et le recommencer quand il le veut (Guinon, J. Noir, Brissaud).

Une preuve curieuse de cette intervention de la conscience et de la volonté ce sont les erreurs que la malade commet souvent dans l'exécution de son tic. Fous... (101), qui a un torticolis mental, tient toujours la tête inclinée à gauche ; quand elle est distraite et préoccupée au cours d'un examen de son tic, elle se trompe et pendant une partie de la leçon tient la tête à droite.

D'autres preuves ont été empruntées surtout par M. Brissaud à l'étude des procédés qu'emploient les malades pour arrêter momentanément leurs tics. Dans la plupart de ces torticolis mentaux que décrivait M. Brissaud, le malade peut lui-même arrêter le tic par un truc quelconque, par un léger appui de ses doigts sur la tête ou de sa tête sur un mur. Or il est impossible d'établir ainsi une lutte entre notre main et notre tête, ou bien entre nos deux mains. L'attitude définitive qui résulte de cette prétendue lutte est une attitude acceptée, voulue par le sujet lui-même et si le malade peut arrêter son tic en appuyant la main sur le menton, c'est qu'en somme il veut bien arrêter son tic. Dans bien des cas, d'ailleurs, le sujet choisit pour arrêter le tic un mouvement qui serait absurde s'il s'agissait réellement de lutter contre lui. Une de nos malades a un tic qui rejette la tête en arrière, elle l'arrête en touchant le front avec l'index [1], ce mouvement devrait en réalité repousser la tête en arrière : il est simplement pour la malade l'occasion de vouloir abaisser la tête en avant.

On peut aussi signaler tous les procédés qui guérissent plus ou moins longtemps les tics. Il suffit quelquefois d'expliquer au malade ce que c'est que son tic, comment il le fait lui-même, comment il peut l'arrêter s'il veut bien y consentir pour que le tic cesse pendant un temps plus ou moins long. Dans d'autres cas il suffit que le malade croie à l'efficacité d'un remède, d'une pommade quelconque appliquée sur le cou ou sur le bras pour qu'il cesse au moins pendant quelque temps son mouvement absurde. Tous ces faits montrent donc que le tic n'est pas un mouvement complètement automatique mais qu'il est en grande partie un acte conscient et volontaire.

Mais pourquoi le malade *veut*-il faire cet acte absurde ? Le plus souvent on peut dire qu'il ne le sait pas du tout, il se sent *forcé*

1. *Névroses et Idées fixes*, II, p. 375.

de le vouloir sans savoir pourquoi. Si on insiste, si on remonte tout à fait à l'origine du tic on retrouve presque toujours d'une manière vague des besoins de préciser, de perfectionner, de vérifier ou des besoins de compenser, de réparer quelque chose, qui font songer aux manies mentales que nous venons d'étudier. L'une des plus intéressantes parmi les malades de M. Dubois (de Saujon) *se sent forcée* de se baisser par terre *comme pour ramasser un objet*, elle se sent *obligée* à faire cet acte avec une *perfection* spéciale, il faut que le dos de sa main touche le sol ; elle a la manie de compter jusqu'à trois, de regarder trois fois un objet ou une personne, de heurter son coude droit contre sa poitrine jusqu'à ce qu'il choque une petite érosion et alors de pousser un petit cri, etc.[1]. Nous verrons parmi nos malades bien des cas semblables, où une manie mentale force la volonté à accomplir le tic.

Le tic est donc en résumé un ensemble de mouvements systématisés, un acte reproduit régulièrement et fréquemment, mais d'une manière tout à fait intempestive, inutile et incomplète parce que la volonté se sent forcée de l'accomplir. On retrouve ici tout à fait les caractères déjà constatés dans toutes les manies mentales, c'est pourquoi il sera utile dans l'énumération des tics de les rapprocher de ces manies.

2. — *Les tics de perfectionnement.*

Le premier groupe des manies mentales nous a paru être constitué par des manies d'oscillation, par des doutes et des délibérations. De telles manies sont presque exclusivement mentales, elles contiennent des opérations qui s'accompagnent difficilement de mouvements matériels.

Si l'on voulait rechercher l'attitude qui accompagne ce genre de manies, il faudrait considérer comme tics *les immobilités*, ce qui serait souvent assez juste. Lise s'arrête bien souvent complètement immobile au milieu d'une action. Tantôt elle prend d'avance une position qui puisse justifier aux yeux des spectateurs son immobilité, par exemple, elle tient un livre à la main. Tantôt, surtout si elle ne se croit pas surveillée, elle reste immobile dans une position quelconque, debout, le pied levé pour

1. Dubois de Saujon, *Société de thérapeutique*, 27 mars 1901.

avancer et elle s'arrête indéfiniment. Cet arrêt demande encore un effort musculaire, c'est bien un tic d'attitude. Il lui semble qu'elle ne doit pas bouger avant d'avoir trouvé ce qu'elle cherchait, avant d'être sortie de son doute. Claire se force ainsi à rester immobile dans son lit en gardant la première position jusqu'au matin, et elle se réveille toute raidie.

Le second groupe des manies, les manies de l'au delà impliquent de nombreux mouvements et bien souvent ces mouvements semblent au sujet être forcés par la manie sous-jacente. Quand ces manies s'accompagnent ainsi de tics, elles sont mentalement moins développées et ne contiennent guère toutes les subtilités que nous venons de décrire. Elles contiennent simplement l'idée vague ou le sentiment qu'il faut perfectionner l'acte ou le phénomène primitif, y ajouter quelque chose, et que le mouvement du tic est une adjonction urgente.

Un grand nombre de tics se rattachent à ces manies *de précision, de vérification* qui sont parmi les plus fréquentes. Un malade de Brissaud secoue la tête pour mettre son chapeau bien en place. Nadia et Claire inquiète sur leur personne ont besoin de vérifier leur état, elles détournent rapidement les yeux pour se regarder en passant dans toutes les glaces : il a fallu dans l'appartement de Nadia couvrir toutes les glaces. Nadia, en outre, tâte perpétuellement son corps, ses jambes, sa poitrine pour vérifier rapidement si elle n'a pas engraissé.

Myl... préoccupé au début par ses maux de tête secoue de temps en temps la tête « pour savoir si elle est bien à sa place ». Fok... préoccupée de l'état de son ventre le secoue par une brusque contraction des muscles droits ; Ul... fait une grimace avec ses yeux « pour sentir s'ils ne sont pas égarés » Ser..., âgée de 16 ans, se touche à tout instant l'oreille et frappe trois petits coups sur sa tête « pour être sûre que la boucle d'oreille est bien attachée et qu'elle ne tombe pas ». Beaucoup, comme nous l'avons vu, secouent leur tête pour voir si leur col les gêne. Peu à peu l'idée, la recherche déterminée qui amenait ses mouvements s'efface à peu près de l'esprit ou n'est plus représentée qu'à peine par un bref sentiment d'inquiétude et le mouvement se fait rapidement, d'une manière incomplète et perpétuelle Ul... n'a plus qu'un petit mouvement de rotation des yeux que l'on croirait convulsif, Myl... un petit hochement de tête.

La manie de *la symétrie* amène des tics de la marche comme chez la malade de Azam qui saute d'une pierre sur l'autre pour procurer à ses deux pieds des sensations analogues.

La manie *du symbole* devient le point de départ d'un très grand nombre de tics, puisque, ainsi que nous l'avons vu, des mouvements résument et expriment des idées. Lod... imagine une signification religieuse ou irréligieuse à certains actes, fermer le poing c'est comme si on disait : je ne crois pas en Dieu. Comme elle pense à chaque instant qu'elle ne croit pas en Dieu et comme elle a besoin de formuler vite cette pensée pour ne pas en être trop dérangée dans le cours de la vie, elle se contente d'esquisser rapidement le geste de fermer le poing. Si elle fait à chaque instant l'acte de se retourner à demi dans la rue, c'est que ce geste représente pour elle la pensée de la religion : « c'est comme si en traversant une église on se retournait devant le tabernacle ».

Jean a une interprétation semblable bien bizarre : il se croit toujours en butte aux tentations génitales et il considère une petite satisfaction comme l'image du plaisir sexuel. Or il a éprouvé un jour quelque plaisir en se grattant le nez ; ce plaisir était d'autant plus impressionnant qu'il lui rappelait une impression vive de ses anciennes masturbations : il les accomplissait paraît-il, en s'écrasant le nez contre un mouchoir ayant appartenu à la femme de chambre. De là naturellement une association d'idées symbolique entre le fait de se gratter le nez et la pensée des plaisirs sexuels, l'un devient le symbole de l'autre ; mais comme le fait de se gratter le nez est beaucoup plus simple et dans son esprit beaucoup moins dangereux que la masturbation, le symbole remplace perpétuellement l'impulsion génitale. Ces interprétations compliquées sont venues se mêler à une habitude malpropre, lui ont donné de l'importance et ont contribué à la fixer. Le même malade a sans cesse besoin d'un appui moral, il symbolise ce besoin en tenant toujours son bras droit à demi levé au-dessus de sa tête et appuyé sur un objet plus élevé, « c'est comme si je me reposais sur quelqu'un de plus fort que moi à mon côté. »

Le même sentiment a joué un rôle dans la formation d'un véritable torticolis spasmodique, chez Brk..., « j'ai toujours eu besoin de m'appuyer, je voudrais avoir un soutien, un ami, je ne sais pas comment cela a amené le besoin d'appuyer ma tête de côté sur mon épaule ».

Par la même raison que précédemment, ces mouvements ont plus ou moins perdu leur interprétation et Lod... se retourne en marchant, Jean se gratte le nez ou s'arrache les ongles ou lève le bras en l'air, Brk... tient la tête de côté à peu près perpétuellement sans trop savoir pourquoi et en apparence malgré eux.

On pourrait rattacher à ce besoin de symbole le tic intéressant attribué par Rodenbach à la sœur aux scrupules « de temps en temps de son mouchoir déplié elle se tapotait, elle s'époussetait, aurait-on dit, comme pour éparpiller l'invisible chute sur elle de la poussière, ces molécules du silence [1] ».

La manie de *la tentation*, la manie de *l'impulsion*, qui joue un grand rôle dans les obsessions criminelles a déterminé les tics de Sau... (13), enfant de 16 ans, elle a l'idée fixe qu'elle veut se tuer. « On voit bien que cette idée est sérieuse, dit-elle, puisque, malgré moi, mon bras commence tout le temps des petits mouvements pour me frapper, pour piquer. » Nous avons déjà vu beaucoup d'exemples semblables à propos des obsessions du crime.

Il faut faire une assez grande place à la manie *du contraste*, qui est toute voisine de la manie de l'impulsion, M. Séglas remarquait déjà que les tics de langage sont souvent en contradiction avec l'expression normale des sentiments du moment [2]. Beaucoup de psychasthéniques, au moment de faire un acte avec attention, pensent aux opérations tout à fait opposées qui seraient contraires à leurs désirs et qu'ils redoutent; chez beaucoup cette pensée reste un simple phénomène conscient et ils font une rumination sur la pensée de ces actes opposés. Mais chez quelques-uns ces pensées amènent une action en contraste avec l'acte initial. Do..., toutes les fois qu'il s'agit de faire un mouvement délicat, se sent gêné par l'idée de faire une maladresse, il croit qu'il va jeter le verre par terre, commettre une incongruité. Son pouce, au lieu de saisir l'objet, se plie fortement dans la paume de la main. Peu à peu ce tic se produit presque sans réflexion et Do... ne peut plus accomplir aucun acte délicat. Il en résulte qu'il ne peut plus écrire à cause de ce tic : le pouce se met dans la paume avant qu'il n'ait touché la plume. La crampe des écrivains est un

1. G. Rodenbach, *Musée de béguines*, p. 86.
2. Séglas, *Le langage chez les aliénés*, 1891, p. 292.

syndrome qui peut avoir bien des origines diverses, mais qui se produit souvent par ce mécanisme.

Gi... (113) présente un cas remarquable de coprolalie, cette malade a eu des tics de la danse, elle se sentait forcée de tourner, de faire des belles manières[1], c'était un tic en rapport avec ses préoccupations sur le théâtre où son fils allait trop souvent. Quand ce tic fut guéri, elle commença à pousser des cris épouvantables et à nous agoniser de sottises : « cochon, chameau, tu me fais ch... ». Elle pouvait fort bien résister à ce tic dans la rue en présence d'étrangers. Ces malades, nous le savons, s'arrêtent toujours dans l'impulsion au moment où l'acte pourrait devenir sérieux. Mais « elle était poussée à crier ces injures » dans l'hôpital, quand elle me voyait. « Je voudrais être polie, dit-elle, me bien tenir et je suis obligée de penser à des sottises que je ne voudrais pas faire, il me semble que je suis obligée de les faire. » Ce tic n'est-il pas l'expression de la manie de l'impulsion et de la manie du contraste.

Les tics de Renée[2] sont du même genre, elle a horreur des chats, des chiens, elle a été effrayée par un petit pâtissier idiot qui parlait comme un enfant, elle voudrait ne plus du tout penser à tout cela, elle est obligée d'y penser, de chercher toutes les circonstances qui l'y font penser (manie des associations), de chercher si elle peut y penser sans danger (manie des tentations) et la voici qui crie « miâou, oua, oua, Zozo, ma nounou, petite femme, putain, bordel, etc. ».

Les manies précédentes jouent encore un rôle dans les tics qui imitent des maladies. Gauc...[3] est préoccupé par la pensée du tabes, il craint « qu'il n'y ait quelque chose dans ses jambes », surtout depuis qu'il a vu pratiquer l'examen des réflexes rotuliens. Il cherche si ces réflexes ont quelque chose de bizarre, et malgré lui il lève ses jambes en l'air dès que l'on touche son genou, il marche avec de grandes secousses des jambes. Renée, Bor... ont le tic de se tenir de travers, elles ont à la fois l'idée qu'elles sont atteintes de coxalgie et l'idée qu'elles jouent la comédie, il y a un singulier sentiment de doute qui se surajoute au tic de la démarche.

1. Raymond et P. Janet, *Névroses et Idées fixes*, II, p. 341.
2. Pierre Janet, *Accidents mentaux des hystériques*, p. 158.
3. *Névroses et Idées fixes*, II, p. 393.

Beaucoup de torticolis spasmodiques comme celui de Buq... sont liés avec une inquiétude sur les courants d'air, sur la maladie du cou, avec un besoin de vérifier la maladie, avec des phénomènes de contraste.

Voici maintenant les tics qui se rattachent à la manie de *la propreté,* à la manie *des précautions* : bien des malades qui ont eu la manie de se laver les mains conservent même après la guérison apparente le tic de frotter les mains l'une contre l'autre. Zo... qui a eu peur d'avaler des épingles a des tics de mâchonnement, de toux, de crachottement. Faut-il rappeler les tics de Jean qui écarte les jambes, qui s'arrête un instant aux coins des rues, qui se lève pour couper son pain, etc.

Les manies de *recommencer* les actes laisseront aussi comme résidus des petits mouvements incomplets ou des tics, s'asseoir en deux ou trois fois, tâtonner en touchant les portes, se retourner à demi dès qu'on fait un acte, répéter les choses deux ou trois fois. Voici à ce propos une curieuse observation de M. Séglas. Une malade avance dans les rues en faisant des cercles, « elle doit faire un tour en sens inverse sur le trottoir opposé afin de faire un rond avant d'avancer[1] ». C'est un tic en rapport avec la manie du retour en arrière.

La manie des procédés détermine les grognements et les rots de Rai... qui veut « respirer bien », les spasmes de la main de L... qui « veut écrire avec perfection ». Un jeune homme de 24 ans Vog..., inquiet et timide est poursuivi depuis son enfance par le désir de « parler bien devant le monde ». Il en arrive à bégayer et à grimacer d'une manière abominable. « Les tics de la figure sont venus peu à peu, dit-il, comme des mouvements pour faciliter le langage, pour m'aider, me soulager. » Des mauvais mouvements de la langue qui l'empêchent d'avaler se sont développés chez Ev... femme de 39 ans de la même manière. Une gêne de la déglutition a été le point de départ d'efforts d'attention et de tics de toute espèce dans les mâchoires, dans la langue et dans le pharynx. Bien des cas de spasme de l'œsophage rentrent dans ce groupe.

Peut-on rattacher également à ce groupe le tic singulier d'une jeune fille de 19 ans, Dey... (105) qui s'arrache les cheveux un à

1. Séglas, *Société médico-psychologique,* janvier 1888.

un jusqu'à présenter de grandes plaques simulant la pelade. « C'est parce qu'elle ne peut pas travailler, pas faire attention, sans se secouer, se gratter : ça l'excite et l'encourage, elle a pris ainsi l'habitude de s'arracher tous les cheveux. »

Il y a ainsi un très grand nombre de tics qui ne sont pas précisément accompagnés par des ruminations analogues à celles que nous avons observées dans les manies mentales de l'au delà, mais qui semblent en rapport avec des besoins, des sentiments analogues à ceux qui ont inspiré les manies de l'au delà.

3. — *Les tics de défense.*

Dans d'autres cas, le phénomène mental qui accompagne le tic est un peu différent, le malade se sent poussé à accomplir le mouvement, non pour faire mieux quelque chose, mais pour réparer, pour compenser quelque chose de fâcheux, pour se défendre contre une influence nuisible.

M. Meige a rapporté un beau cas de ce genre. Son malade pour arrêter un tic de l'épaule gauche, éprouve le besoin de saisir le bras malade avec la main droite. Bientôt la main droite présente aussi un tic celui de serrer, tirailler, tortiller de toute manière le bras récalcitrant, et finit par déterminer des lésions. Cette bataille absurde des deux mains était pour le malade un besoin extrême et obsédant [1].

« Le sourire obsédant » dont parle Bechterew est plutôt un tic du sourire chez un honteux de son corps. Le malade, très timide et très honteux, a imaginé de sourire quand on le regarde, c'est une formule de conjuration. Ce sourire se représente malgré lui, ou plutôt il se croit forcé de sourire dès que quelqu'un a les yeux fixés sur lui ou simplement dès qu'il pense que quelqu'un peut le voir [2].

Un malade de MM. Pitres et Régis a des manies mentales de conjuration « pousse cette pierre du pied deux fois et il ne t'arrivera rien » se dit-il sans cesse. « Les actes deviennent à la longue automatiques, disent les auteurs, mais pendant longtemps ils ont été précédés par une idée [3]. »

1. Meige, Histoire d'un tiqueur. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 août 1901.
2. Bechterew, *Revue de psychologie*, 1839, 35.
3. Pitres et Régis, *op. cit.*, 53.

Parmi mes malades, les exemples sont trop nombreux pour pouvoir être tous énumérés. As..., homme de 26 ans, Ad... (49), femme de 49 ans, Qsa., homme de 55 ans, sont inquiets de leur estomac, ils en souffrent légèrement et se sentent gonflés. Ils ont la honte de manger et pensent qu'il vaudrait mieux ne pas manger, mais comme ils ne peuvent s'en abstenir tout à fait, ils *réparent* le repas, les uns par des efforts de vomissements et des vomissements réels, l'autre par des rots interminables et des secousses du ventre. Ces tics de vomissements ont chez les psychasthéniques une importance considérable. Je ne puis que les signaler ici dans cette énumération des tics, il faudra revenir sur leur pathogénie et leurs conséquences.

Te..., âgé de 20 ans, à la suite d'une marche avec des souliers trop courts, conserve un tic de recroquevillement des orteils et de raideur de toute la jambe. Qk..., pour lutter contre la fatigue de l'écriture doit écrire à genoux, puis dans des postures de plus en plus bizarres.

Xy,.. repousse avec la main droite un objet imaginaire qui viendrait sur elle; Zo... fait « hem, hem », pour ne plus penser aux épingles; Myl... ébauche un signe de croix; Bé... poursuivie par la pensée qu'elle a dans le ventre un ver-araignée, dissipe cette crainte en se frottant le ventre à droite, ce tic est si continuel, qu'il détermine toujours l'usure de ses robes à cet endroit. Lae... (80), homme de 28 ans, obsédé par la pensée de la rage, a eu d'abord des sortes de crises qui lui semblaient en rapport avec la rage. Dans ses crises ses os craquaient, il en est arrivé à se borner à un petit mouvement singulier, il lui suffit de faire craquer ses articulations pour être comme débarrassé de la pensé de la rage. Ce même malade passe ses mains sur son pantalon parce qu'il a l'idée qu'un chien le frôle et que par ce mouvement il écarte l'idée; ces deux mouvements finissent par constituer de véritables tics.

On voit que chez tous ces malades le tic est comme une réduction de la manie mentale, soit que la manie mentale ait été autrefois tout à fait complète, soit qu'elle ne fasse que débuter et reste encore embryonnaire, soit même qu'elle n'existe pas sous une forme intellectuelle et soit complètement remplacée par cette agitation motrice systématisée. En général on peut dire que la manie mentale est d'autant moins développée que le tic moteur est plus complet. Mais ce sont des tendances analogues qui dé-

terminent l'un ou l'autre de ces deux phénomènes et c'est là ce que j'ai voulu mettre en évidence en montrant que les tics pouvaient être groupés à peu près de de la même manière que les manies mentales.

2. — Les agitations motrices diffuses. Les crises d'agitation.

Chez d'autres malades les mouvements deviennent bien plus considérables et en même temps plus vagues, ils semblent constituer de véritables crises convulsives. Je crois qu'il faut insister sur ces agitations motrices diffuses analogues aux agitations mentales diffuses. Elles jouent un rôle considérable dans la maladie et doivent également jouer un rôle important dans son interprétation.

1. — *La crise des efforts.*

La plus curieuse de ces crises peut recevoir le nom de *crise des efforts*. Le malade mécontent de lui-même, désirant mieux faire, en conclut naturellement qu'il doit faire ce qui permet aux hommes normaux de se transformer, c'est-à-dire des efforts; mais ceux-ci, pour son malheur, tournent bien vite à la manie. Il y a là un point délicat, parce que nous verrons plus tard en étudiant les procédés thérapeutiques que certains efforts sont réellement très bons pour le malade et qu'il se transforme par des efforts d'attention. Mais ces efforts utiles doivent être dirigés par le médecin et doivent avoir une nature particulière. Il est rare que le malade trouve tout seul les efforts utiles à faire et nous ne parlons pas de ceux-ci, en ce moment. Les efforts que le malade imagine sont une série d'actions assez régulières, quoique moins stéréotypées que les tics, fatigantes et pénibles, qu'il croit nécessaire d'accomplir pour donner à son acte ce caractère de certitude et de satisfaction qui lui manque toujours.

Les malades qui font des efforts de ce genre, chez qui ces efforts tournent à la manie et constituent de véritables crises sont assez nombreux. Vy... essaye de se donner des convulsions pour faire un mouvement qui soit parfait ; elle éprouve le besoin de

pousser comme pour aller à la selle. Tr... fait des efforts comme pour soulever un fardeau, avant d'ouvrir une porte ou de faire ses prières et se contorsionne pendant des heures.

Le type vraiment extraordinaire de ce genre de manie c'est Claire. Cette malade a plusieurs fois par jour des périodes de contorsions épouvantables qui ont été prises bien souvent pour des crises d'hystérie et qui, à mon avis, ne leur ressemblent en aucune manière. Ce sont des contorsions volontaires ou quasi-volontaires : quand elle sent ou se figure sentir qu'une action est mauvaise, qu'une pensée est honteuse, qu'elle va avoir son image obsédante du membre viril et de l'hostie, elle croit qu'elle doit faire quelque chose pour modifier l'acte ou éloigner l'image. Ce quelque chose, c'est ce qu'elle appelle des efforts. Théoriquement, ses efforts sont moraux ; au début, elle avait la tête dans les mains, les yeux en l'air, le regard perdu très loin et elle se livrait à un travail de rumination mentale. Mais peu à peu elle s'est convaincue que les efforts moraux doivent être accompagnés d'efforts physiques correspondants et elle a commencé à prendre des attitudes spéciales ; ainsi il faut qu'elle soit assise ou couchée, en raidissant la jambe gauche, en ayant la bouche ouverte et la tête aussi basse que possible, les yeux fermés ou démesurément ouverts. Puis elle prit l'habitude de faire des mouvements désordonnés des bras et des jambes jusqu'à se mettre absolument en nage et à éprouver des douleurs dans tous les muscles. Elle plie le tronc et le relève en mouvements rythmiques de salutations, elle secoue le thorax par de grands mouvements respiratoires. Elle porte ses mains à sa bouche, ronge ses ongles jusqu'au sang, suce et mord ses doigts : ces dernières manies ont fini par développer d'énormes callosités aux articulations des doigts. Quand elle ne mange pas ses mains, elle mange ses mouchoirs et ses draps : en un hiver, elle a réduit en charpie une cinquantaine de mouchoirs. Enfin, en se livrant à cet exercice, elle ne cesse d'avoir à la figure d'horribles grimaces. Toutes ces contorsions se prolongent sans interruption pendant plusieurs heures.

La malade se figure que ces mouvements du corps sont parallèles aux mouvements de sa pensée : « si je vois l'idée tout au fond de moi, il faut que je baisse la tête très bas pour la chercher ; si je la vois en haut, il me semble que ma volonté s'élance pour la saisir et que mon corps en fait autant... Il me semble que c'est mon cœur qui pense, il faut que je cherche la pensée par

des mouvements de la poitrine et en augmentant les battements du cœur... Ma vie est à l'ombilic, il faut que je secoue le ventre pour la retrouver. » On voit bien ici se mêler aux efforts la manie du symbole et on pourrait appliquer ici les remarques de M. Ribot sur l'analogie de l'effort moral et de l'effort physique : « le sentiment de l'effort éprouvé quand nous cherchons notre route à travers une masse d'idées obscures et enchevêtrées n'est qu'une forme affaiblie du sentiment que nous avons en cherchant notre route dans une forêt épaisse et sombre »[1].

Bien entendu toutes ces contorsions violentes et toutes ces pensées amènent toutes sortes de perturbations viscérales, des troubles de la respiration qui est exagérée et anxieuse, des troubles du cœur qui bat à tout rompre. Mais ce qui est surtout provoqué à la suite de cette agitation et de ces mouvements abdominaux c'est une grande excitation génitale et les efforts se terminent tout simplement par une véritable masturbation. Je signale l'extrême importance de cette substitution de l'excitation génitale à des efforts volontaires.

Nous retrouverons ces faits dans les prochains paragraphes où nous étudierons les phénomènes émotifs de l'angoisse. Je tiens seulement à remarquer ici que cette malade a plutôt les phénomènes extérieurs de l'angoisse que l'angoisse elle-même. *Elle ne se plaint pas du tout de souffrir* pendant cette crise d'efforts. « Les mouvements de sa poitrine et de son cœur, dit-elle très justement, sont dus à l'essoufflement tout simplement. » L'agitation dans ce cas reste motrice beaucoup plus qu'émotionnelle.

Un exemple bien curieux de ces crises d'efforts est celui de Lrm. (232), un homme de quarante ans. Ses crises bizarres se compliquent de manie du symbole et d'obsessions de persécution. Ce pauvre diable avait, comme tous les scrupuleux, besoin de sympathie et il avait horreur de la lutte. A la suite d'une querelle insignifiante avec un individu qui était son associé et son meilleur ami, il garde, sinon une idée obsédante, au moins un sentiment obsédant, c'est qu'il est en lutte contre cet individu, X. Il lui semble que X. l'attaque, qu'il faut lui répondre, quoique ce soit bien pénible, qu'il est nécessaire de se défendre. Sans avoir aucune hallucination, en sachant bien qu'il est seul, que X. n'est

1. Ribot, *Les maladies de la volonté*, p. 107 (Paris, F. Alcan).

pas présent, il se sent obligé de lutter contre lui. La lutte est matérielle : il se met debout, lance des conps de poing et des coups de pied avec fureur, il se démène comme un forcené, se frappe lui-même, se mord les poings et finit par tomber par terre épuisé par de tels efforts et ruisselant de sueur. Il ne faut pas oublier que ce malade n'a aucun délire, il sait très bien « que X. est son meilleur ami et que, s'il était là, il se garderait bien de le toucher », mais cette lutte matérielle est le symbole d'une lutte morale « qu'il devrait faire s'il avait du cœur » ; elle est le résultat d'efforts inouïs qu'il se sent obligé de faire.

Quelquefois les crises d'efforts sont plus précises, plus systématisées encore et se rapprochent des tics. Je n'insisterai pas sur ces malades, hommes ou femmes, qui font des efforts inouïs pour arriver à la perfection dans la masturbation. Je prendrai comme exemple une crise d'efforts qui se présente assez fréquemment et qui est bien typique. Un homme de 55 ans, Qsa..., comme on l'a déjà vu, a des digestions pénibles et souvent des vomissements plus ou moins volontaires pour décharger l'estomac, vomissements qui se rapprochent des tics. De temps en temps, à la suite de troubles prémonitoires dont je parlerai plus tard, il sent que son estomac le tourmente davantage et il s'agite de toutes manières, il a des ruminations mentales sur la mort, sur ses parents qui ne l'aiment pas assez ; puis il marche, ne peut plus tenir en place, puis il essaie de boire un peu, il suce des bonbons, il commence à secouer son estomac par des spasmes de l'abdomen. Puis il essaie de vomir, mais il prétend s'y être pris trop tard, ne plus pouvoir vomir ou du moins ne pas vomir assez bien. Il vomit un peu, il crache énormément, mais il sent que ce n'est pas suffisant, qu'il serait guéri s'il pouvait rendre une certaine gorgée de bile qui ne vient pas. Et ce sont pendant des heures d'épouvantables efforts pour vomir cette gorgée de bile, des contorsions de tous les membres et de tout le corps. Parvenus à ce degré les efforts diffèrent à peine de ceux de Claire, si ce n'est que de temps en temps il y a un violent mouvement de vomissement. La crise peut durer une nuit entière, elle s'arrête soit après un petit vomissement quelconque, soit par l'épuisement du malade qui finit par s'endormir. Je retrouve ces crises d'efforts pour vomir chez deux autres malades, en particulier chez un enfant de 12 ans qui a fait de grandes crises semblables toutes les fois que ses parents lui faisaient manger

autre chose que de la gelée de viande et des pruneaux, les seuls aliments qu'il pût digérer sans crise.

2. — *Les crises de marche et les crises de parole.*

J'hésite à rattacher à des tics ordinaires des phénomènes de mouvement plus complexes et surtout plus prolongés que l'on rencontre souvent chez les mêmes malades dans les mêmes circonstances. Ces malades sont troublés à propos d'un acte ou d'une idée et, au lieu de se livrer à des récriminations mentales, ils éprouvent le besoin plus ou moins irrésistible de marcher.

Leur énervement ne se calme que lorsqu'ils ont marché très longtemps sans se livrer à aucune violence. Nous avons vu que Cha.., a des manies de recherche et d'interrogation : il a rencontré une personne qu'il a eu le malheur de regarder avec attention, immédiatement il se demande à qui cette personne ressemble, quel est le nom et l'adresse de cette personne qui lui ressemble ; il faut qu'il recherche indéfiniment ces ressemblances et ses adresses. Cette recherche, si elle n'aboutit pas tout de suite, se transforme en une agitation qui le force à marcher de long en large dans sa chambre, il va tourner comme un animal en cage pendant une nuit entière et le calme ne reviendra que quand il tombera épuisé de fatigue. Car..., une femme de 28 ans, arrête aussi l'angoisse déterminée par l'idée de la folie en marchant indéfiniment. Cr... (104), homme de 44 ans, est bouleversé par la moindre émotion et aussitôt il faut qu'il sorte de chez lui et qu'il fasse des courses énormes.

Un malade de M. Souques se rapproche de ceux-ci : après des crises de dipsomanie ou à la place de ces crises, il éprouve le besoin de marcher pendant plusieurs jours et rentre épuisé [1]. Il en est de même dans un cas de M. Magnan. Ce sujet interrompt ses tics par de grands mouvements et par de grandes marches [2].

Ic..., âgé de 18 ans, présente tout à fait les mêmes symptômes, c'est un scrupuleux, timide, mécontent de ce qu'il fait. Il se met à sa table de travail avec l'intention de faire un travail meilleur que les autres, il essaye d'y mettre toute son attention. Mais cet

1. Souques, Impulsions dipsomaniaques prolongées sous forme ambulatoire. *Arch. de neurologie*, 1892, II, 61.
2. Magnan, *Société médico-psychol.*, 28 mai 1885.

effort l'agace et l'agite, il éprouve un besoin invincible de marcher pour se calmer. Aussi sort-il de chez lui et commence-t-il à errer dans les rues de Paris, il ne recherche jamais des camarades et satisfait sa manie seul comme un dipsomane ; il prend toujours les mêmes rues, vieilles et solitaires autant que possible et il tourne dans le même quartier pendant cinq ou six heures puis il rentre calmé et satisfait.

C'est là, si l'on veut, une variété des fugues, mais c'est une variété assez distincte. Ce n'est pas la marche en avant irraisonnée, inconsciente de l'épileptique vrai. Ce n'est pas la fugue hystérique pendant un état second suivi d'amnésie : le malade rentre tranquillement chez lui sans réveil, sans surprise et se souvient en général assez bien de tout ce qui s'est passé. Ce n'est pas non plus tout à fait l'impulsion à la fuite, ou aux voyages que l'on observe chez ces mêmes psychasthéniques[1] et que M. Régis a appelée la *dromomanie*. Dans ces impulsions il y a une idée qui pousse le malade vers un but, il pense à aller vers un certain endroit, à fuir le travail comme on l'a vu dans une des observations rapportées dans le premier chapitre de cet ouvrage. Dans les crises que j'étudie ici, il n'y a pas là d'idée qui détermine la marche, d'obsession qui pousse au voyage, c'est la marche pour la marche. C'est une opération forcée que le malade exécute de même qu'il travaillait dans ses ruminations mentales.

Dans d'autres cas la marche est remplacée par quelque autre exercice physique également exagéré et inutile. M. Tissié a décrit à ce propos des cas remarquables de manie du canotage chez de jeunes psychasthéniques qui ne peuvent résister au besoin irrésistible de s'exciter et de se surmener dans les sports[2].

On peut rattacher à ces crises de marche les besoins de parler ou même d'écrire qui prennent les malades dans les mêmes circonstances. Fy... (34) femme de 35 ans, sujet remarquable à bien des points de vue, a des obsessions de honte, craint de devenir folle, et à ce moment se sent agitée « soulevée comme une plume ». Il faut qu'elle aille et vienne et surtout qu'elle parle,

1. P. Denommé, *Les impulsions morbides à la déambulation au point de vue médico-légal*. Thèse de Lyon, 1890. Dubourdieu. *La dromomanie des dégénérés*. Thèse de Bordeaux, 1892.

2. Tissié (Bordeaux), Un cas d'impulsion sportive ou ludomanie. *Journal de médecine de Bordeaux*, 26 janv. 1896, p. 35.

qu'elle parle indéfiniment à n'importe qui, qu'elle raconte ses peines « tout ce qu'il ne faudrait pas dire ». Elle bavarde ainsi toute la nuit et ne se calme le matin qu'en écrivant une vingtaine de pages de son journal. Jean cède à un besoin du même genre quand il vient chez moi et me supplie « simplement de l'écouter pour le soulager... Il ne peut rien dire de tout cela chez lui, cela rendrait ses parents trop malheureux et il faut qu'il le dise » et pendant une heure et demie ou deux heures il parle, il parle sans s'arrêter un instant, sur le fou rire de la femme de chambre borgne, sur une pièce de deux sous qu'il a en poche et qui a été touchée par une femme, ce qui met des fluides dans son pantalon, sur les timbres-poste qui font penser à la politique et au personnage qui est mort après être resté trois quarts d'heure avec une dame, sur un petit chien qui en le touchant a failli lui gourfouler la verge..., etc., etc. » Il se sent soulagé « détendu » quand il a fini. Peu lui importe ce qu'il a dit, il a simplement épuisé en paroles une agitation qui n'arrivait pas à se dépenser autrement.

3. — *Les crises d'excitation.*

Enfin les agitations motrices peuvent être encore plus diffuses, encore plus incoordonnées.

A propos de quelque effort impuissant de la volonté ou de l'attention, ou à propos d'une légère émotion, les voici qui se lèvent tout d'un coup, qui renoncent à leur travail en déclarant qu'ils en sont définitivement incapables ou même qui interrompent une manie mentale, une rumination interrogative, par exemple, et qui se livrent à une agitation désordonnée. Nadia veut essayer de me jouer un morceau de piano, elle s'arrête au bout de quelques mesures, mécontente d'elle-même et recommence; même arrêt au même point, même recommencement; puis elle s'impatiente, se livre à son bavardage ordinaire de formules et de pactes « si je ne joue pas bien ce morceau tout entier, je veux mourir ce soir... si je ne le joue pas bien c'est à cause de moi que ma mère est morte, etc. ». Maintenant l'agitation, de mentale qu'elle était devient physique; la malade se lève, jette sa musique, et alors la voici qui va et vient dans la pièce, renversant les meubles, jetant les coussins, cassant les vases. Au moment le plus fort de sa maladie, elle brisait beaucoup d'objets et semblait dans un état de fureur

maniaque, en apparence dangereuse à approcher. En réalité elle n'a jamais fait de mal à personne, et même elle ne brisait que des objets insignifiants ; de même que Claire dans ses crises d'efforts, elle restait toujours capable de s'arrêter au point qui lui semblait nécessaire et de cesser brusquement s'il entrait une personne à qui elle ne voulait pas se montrer dans cet état.

Ces crises d'agitation ne sont pas rares chez les scrupuleux et peuvent se présenter sous différentes formes. Chez Tf..., homme de 32 ans, ce sont des crises de tremblement ou « un besoin fou de casser de la vaisselle ». Chez Ho...(99), fillette de 13 ans, ce sont d'abord des tics divers qui se mêlent, se répètent : elle met les doigts dans son nez, ronge ses ongles, se frotte le ventre, puis des contorsions de tout le corps, puis des cris de toute espèce qu'elle ne peut pas retenir, dit-elle « c'est comme si j'avais le devoir moral de me secouer, de crier ». M. Dubois de Saujon décrit de même « un tiqueur si agité qu'on eût pu croire à une chorée suraiguë[1] ». M. Pitres[2] décrit aussi des tics convulsifs généralisés qui, dit-il, ont reçu différents noms, chorée électrique de Hénoch-Bergeron, électrolepsie de Tordeus, névrose convulsive rhytmée de Guerlin. Plusieurs des malades précédents pourraient être rapprochés de ces descriptions, car ils ressemblent à ce moment à des choréiques extrêmement agités.

D'autres, comme Lkb..., femme de 28 ans, tourmentée par une obsession du suicide, Sy.... femme de 29 ans, qui a une obsession d'homicide, Af... (39), Kn... (37), vont, viennent, sautent, gesticulent, crient et cassent tout ; puis elles finissent par se précipiter sur leur lit, ou même par tomber à terre et se tordent dans tous les sens comme en proie à une grande crise convulsive.

Dans quelques cas la ressemblance de ces agitations avec une crise d'hystérie devient si grande que, à la simple inspection, le diagnostic est impossible. Qes..., obsédée, comme on l'a vu, par l'idée de tuer sa mère, prétend résister à l'obsession en se jetant par terre et en faisant des contorsions. Avant qu'elle n'entrât à l'hôpital, cet acte avait visiblement son cachet, on voyait bien qu'elle ne perdait pas conscience, qu'elle se couchait elle-même

1. Dubois de Saujon, *Société de thérapeutique*, 27 mars 1901.
2. Pitres, Tics convulsifs généralisés. *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 21 décembre 1900.

par terre et qu'elle avait des contorsions volontaires. Depuis qu'elle a séjourné longtemps dans une salle où il y a de vraies hystériques et des épileptiques, elle a perfectionné son procédé et je mettrais aujourd'hui au défi un observateur étranger de faire le diagnostic, en voyant simplement sa chute brusque et ses convulsions.

Quoique je compte reprendre à part dans un chapitre spécial le diagnostic entre les phénomènes psychasthéniques et les troubles hystériques, je rappelle ici ce qui distingue une crise d'hystérie typique de ces agitations motrices des psychasthéniques. Ces malades ne perdent jamais conscience d'une manière complète, ils n'ont pas d'amnésie nette après la crise, ils sont toujours capables d'arrêter leur crise à n'importe quel moment, s'ils en comprennent la nécessité ; ils n'ont pas d'automatisme véritable, ils n'assistent pas aux phénomènes, ils les font eux-mêmes ; ils ont conscience de faire effort pour produire tous ces mouvements et ils se sentent simplement poussés à les faire. Ces caractères sont inverses dans une crise d'hystérie qui serait typique. Dans les cas incomplets le diagnostic ne peut être fait que par l'étude des phénomènes antécédents et de toute l'évolution de la maladie.

Dans tous ces mouvements on retrouve facilement les caractères essentiels des agitations. Ce sont évidemment des mouvements exagérés et inutiles : il n'y a pas lieu de démontrer que ces efforts, ces excitations sont inadaptés à la situation donnée et inutiles, comme étaient les tics. Il est bon de rappeler que ces mouvements sont simples, grossiers, sans délicatesse et sans précision réelle. Les tics représentent grossièrement un acte, mais un acte exécuté d'une manière très incorrecte ; les marches, les crises de contorsions sont des mouvements simples, sans délicatesse. N'a-t-on pas remarqué ce petit détail que Ic... se salit beaucoup plus dans ces crises de marche qu'il ne le ferait dans une promenade exécutée dans des conditions normales. On remarque que les tics et surtout les crises d'excitation donnent lieu à des mouvements symétriques : les deux épaules se lèvent en même temps, les deux bras frappent à la fois des coups de poing ou se tordent de la même manière. Ces mouvements symétriques fréquents chez les enfants se retrouvent chez les sujets fatigués ; comme le remarque M. Féré ils indiquent une diminution de la complexité du

mouvement, une sorte de décadence motrice[1]. Il est trop évident que les sujets sont capables dans d'autres circonstances de mouvements plus précis, plus adaptés et plus délicats. Nous retrouvons donc ici le troisième caractère déjà noté dans les agitations mentales, le caractère *inférieur* des mouvements qui constituent ces agitations motrices.

Dans ces derniers phénomènes de grande agitation motrice, les efforts de pensée, les ruminations mentales ont beaucoup diminué quoiqu'il en subsiste encore des traces. On voit qu'une agitation motrice a pu remplacer presque complètement les agitations mentales précédentes. Non seulement cette agitation motrice peut prendre dans les tics une forme systématisée analogue aux manies mentales, mais elle peut prendre une forme diffuse analogue à la rumination mentale et à la rêverie forcée.

On peut donc présumer par le tableau ci-contre les principales formes des agitations motrices.

LES AGITATIONS FORCÉES MOTRICES

à forme systématisée, les tics.	les tics de perfectionnement.	les immobilités,
		les tics de vérification,
		— de précision,
		— de symbole,
		— d'impulsion,
		— de contraste,
		— de précaution,
		— de recommencement, etc.
	les tics de défense.	les tics de lutte,
		— de réparation,
		— de conjuration, etc.
à forme diffuse, les agitations.	les crises des efforts,	
	— de marche,	
	— de parole,	
	— d'excitation.	

1. Féré, *Revue scientifique*, 1890, I, 816.

TROISIÈME SECTION

LES AGITATIONS ÉMOTIONNELLES

En même temps que se développent ces obsessions, ces innombrables manies mentales et ces agitations motrices que nous venons d'énumérer se présentent chez un certain nombre de ces mêmes malades des troubles émotionnels qui ont une très grande importance. Les sujets les mettent souvent au premier plan parce qu'ils sont très douloureux et plusieurs parmi les auteurs qui ont étudié les obsessions sont disposés à considérer ce symptôme comme le point de départ de tous les autres. Il est donc nécessaire de l'examiner avec quelque soin.

Ces émotions présentent le caractère général de ces phénomènes psychasthéniques, elles s'imposent au sujet sans rapport légitime ni avec les circonstances extérieures ni avec ses propres pensées, elles sont considérées par la personne même qui les éprouve comme exagérées, inopportunes et absurdes. Mais le malade croit impossible de les éviter, il ne les subit pas tout à fait passivement comme un phénomène purement physique qui le frappe, il s'y abandonne avec une certaine complaisance parce qu'il croit, parce qu'il sent qu'il ne peut pas faire autrement. Ce sont les caractères des opération forcées, qui se retrouvent dans des émotions comme dans des calculs et des mouvements.

Ces émotions qui s'imposent ont presque toujours un caractère désagréable, elles se rapprochent de la douleur, de la tristesse et de la peur. Tantôt cette peur est précise, systématisée, elle a des caractères émotionnels nets et s'accompagne de perceptions et d'idées assez précises : dans ce cas les agitations émotionnelles sont systématisées et ont reçu le nom d'*algies* (Ἄλγος, douleur) ou plus souvent de *phobies* (Φόβος, peur), tantôt elles sont diffuses, sans rapport avec une pensée déterminée et elles constituent les *angoisses*. Dans notre étude des phobies nous rechercherons surtout les formes précises qu'elles prennent dans tel ou tel cas déterminé ; dans notre étude des angoisses nous examinerons les

phénomènes généraux qui constituent ces émotions pathologiques et qui existaient déjà plus ou moins masqués dans toutes les phobies.

1. — Les agitations émotionnelles systématisées. Les phobies.

Ces émotions forcées, qui prennent une forme un peu spéciale suivant les phénomènes à propos desquels elles se développent, paraissent être innombrables. Pendant une période chaque auteur découvrait une phobie nouvelle et la baptisait d'un nom grec. On inventa ainsi la misophobie, la canophobie, la nosophobie, l'agoraphobie, l'éreutophobie, la microphonophobie, la peur des petits bruits, l'amaxophobie ou peur des voitures, la sidérodromophobie, la peur des chemins de fer, la dysmorphophobie, la peur des difformités, la triskaidecaphobie, la peur du nombre treize, etc. Je n'ai pas la prétention de les énumérer toutes ; il suffit d'indiquer certains groupes où les principales se rangent facilement et qui servent à mettre en relief certains caractères psychologiques.

1. *Les classifications des phobies.*

La classification de ces phobies semble fort difficile puisque elle a été essayée bien des fois sans qu'une classification se soit imposée. M. Freud, qui a beaucoup étudié ces névroses d'angoisse, admet trois classes[1] : 1° les phobies traumatiques, relevant surtout de l'hystérie ; 2° les phobies communes, peurs exagérées des choses que tout le monde craint un peu : la nuit, la solitude, la mort, la maladie ; 3° les phobies d'occasion, agoraphobie et autres phobies maladies. Le premier groupe ne nous intéresse pas ici et d'ailleurs se rattache à de tout autres phénomènes ; j'avoue ne pas voir nettement la distinction des deux autres groupes, les agoraphobies par exemple et les phobies de la solitude me paraissent se rapprocher par tant d'intermédiaires que cette distinction n'a guère d'utilité.

1. Freud, *Revue neurologique*, 30 janvier 1895.

M. Régis dans son manuel de médecine mentale[1] admettait une classification simple d'après les principaux groupes d'objets qui donnent naissance à la phobie : 1° phobie des objets (rupophobie, peur des objets sales) ; 2° phobie des lieux, des éléments, des maladies (agoraphobie, astrophobie, bacillophobie) ; 3° phobie des êtres vivants (zoophobie, anthropophobie, gynéphobie). Cette classification est conservée dans le rapport de MM. Pitres et Régis sur les obsessions[2]. Elle est évidemment commode, mais elle est purement extérieure et ne nous apprend rien sur les caractères psychologiques qui séparent ces phobies les unes des autres.

M. Marrel dans sa thèse sur les phobies[3] me semble avoir fait une tentative intéressante en essayant de les classer, non d'après les objets, mais d'après le trouble mental qui se produit à l'occasion de l'objet. Il admet trois groupes : 1° les phobies relatives à un trouble sensoriel de la sensibilité générale, du toucher, de la vue, du sens musculaire, de l'ouïe, du goût ou de l'odorat ; 2° les phobies relatives à un trouble de la perception ou de l'imagination ; 3° les phobies relatives à un trouble dans les idées ou les sentiments. L'idée me semble juste, mais il me semble que l'auteur ne fait pas une place suffisante au trouble des actes et au trouble des sentiments.

En essayant de combiner la classification d'après la nature des objets et la classification d'après les troubles psychologiques, je proposerai d'admettre 4 groupes : 1° les algies ou phobies du corps qui ont leur point de départ dans le corps même du sujet et sont déterminées surtout par des troubles à propos des perceptions simples ; 2° les phobies des objets qui ont leur point de départ dans la perception des objets extérieurs et sont déterminées surtout par le trouble des actions ; 3° les phobies de situations dans lesquelles le trouble émotionnel n'est pas déterminé par la vue d'un objet simple mais par la perception d'un ensemble de circonstances qui constituent la situation actuelle du sujet. Le trouble existe à la fois dans les actes et dans les sentiments ; 4° les phobies des idées où une pensée, même abstraite, suffit pour amener l'émotion intense et dou-

1. Régis, *Manuel de médecine mentale*, 1892, p. 270.
2. Pitres et Régis, *op cit.*, p. 27.
3. Marrel, *Les phobies, étude sur la psychologie pathologique de la peur*. Thèse de Paris, 1895.

loureuse : l'attention, le jugement, la croyance, sont surtout en cause.

2. — *Les algies.*

Beaucoup de psychasthéniques présentent, en apparence comme les hystériques, sur certains points du corps, des régions douloureuses où ils ne peuvent supporter aucun contact, ni aucun mouvement. Quand on effleure ces parties, ou quand ils doivent faire fonctionner ces organes, les malades semblent éprouver des douleurs et des troubles tout à fait énormes et, bien entendu, tout à fait disproportionnés avec la modification opérée ; ils ont des troubles de la circulation et de la respiration, ils sont couverts de sueur, ils se contorsionnent, reculent avec des gestes d'épouvante et poussent des cris de souffrance. Ces douleurs disproportionnées, ces émotions inopportunes se produisent dans deux circonstances légèrement différentes. Tantôt elles sont à peu près continuelles, à propos d'une partie déterminée du corps, même quand cette partie reste immobile : ce sont *les algies* proprement dites. Tantôt elles ne se développent qu'au moment où l'organe doit entrer naturellement en fonction, ce sont *les phobies des fonctions*. Il est évident d'ailleurs que dans bien des cas ces deux troubles se rapprochent et se confondent.

Nous considérons d'abord le phénomène des *algies*. Leuret[1] signalait déjà une jeune fille « qui se croit frappée gravement et qui pousse de hauts cris quand on la touche seulement du bout du doigt ». Legrand du Saulle rapportait l'observation d'une femme qui avait l'obsession d'un cancer au sein et qui y souffrait constamment[2]. Les observations de ce genre devinrent bientôt très nombreuses dans les ouvrages de Beard, de Charcot, de Huchard, de Bouveret, de Verneuil. Je rappellerai seulement l'article intéressant de M. Galippe sur les obsessions dentaires[3]. Cet auteur décrit toutes les souffrances terribles qui se développent chez certaines personnes à propos de dents absolument saines, les angoisses d'une malade « qui sent un amoindrissement de sa personnalité » parce que l'on veut lui faire porter de fausses dents ; il insiste sur les cas de cancer imaginaires de la bouche et de la langue. A la même

1. Leuret, *Fragments psychologique sur la folie*, 1840, p. 86.
2. Legrand du Saulle, *Folie du doute*, p. 28.
3. Galippe, les obsessions dentaires. *Archives de neurologie*, 1891, I, p. 1

époque M. Paul Blocq réunit justement tous les phénomènes de ce genre sous le nom de *topoalgies*. « Je propose, dit-il [1], de désigner sous le nom de topoalgie une variété importante de neurasthénie monosymptomatique dans laquelle on constate seulement une douleur fixe, localisée dans une région variable, mais non en rapport avec un district anatomiquement ou physiologiquement délimité... C'est la manifestation clinique de la persistance d'une image sensitive fixe, analogue dans le domaine de la sensibilité à ce qu'est l'idée fixe dans le domaine de l'intelligence. »

On trouve de telles algies sur tous les points du corps. L'obsession de Her... (61), semblable à celle recueillie par Legrand du Saulle, nous montre une telle douleur siégeant au sein. Cette femme de 38 ans, toujours très impressionnable, s'effraye à propos d'une grossesse ; elle éprouve au cours de celle-ci une petite gêne au sein, s'en inquiète, le regarde et le tâte constamment. Elle consulte sottement des livres de médecine et finit par ressentir des douleurs très pénibles et angoissantes au moindre contact de ce sein. Mc... [2], qui a l'obsession de la phtisie présente deux régions de la poitrine : l'une en avant sous la clavicule, l'autre en arrière sous l'omoplate à droite où elle souffre un mal bizarre, « si quelque chose touche ces régions, même légèrement, je me sens prête à défaillir et à étouffer ». Fik... (158) femme de 57 ans, épouvantée par un diagnostic absurde d'angine de poitrine conserve une terrible algie de la poitrine au niveau du cœur.

Ja... (50), qui a eu de telles souffrances pendant longtemps à l'utérus, les a maintenant « sous la peau du visage où doit circuler un sang corrompu qui procure des raideurs et des tiraillements horribles ». Diverses sensations *cutanées* peuvent, en effet, devenir le point de départ de ces algies : M. Brocq signalait, sous le nom d'*acarophobie,* une dysesthésie cutanée avec prurit intense qu'il rattachait à une vésanie par idée fixe [3] et M. Thibierge réunissait sous le nom de *dermatophobie* des symptômes variés tels que la peladophobie, les phobies engendrées par l'herpès génital, la syphiliphobie, l'acarophobie de Brocq [4], etc. Quelquefois ces

1. Paul Blocq. Sur un syndrome caractérisé par de la topoalgie, neurasthénie monosymptomatique à forme douloureuse. *Gazette hebd. de méd. et de chir.*, mai 1891.
2. *Névroses et Idées fixes*, II, p. 284.
3. Brocq, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1895, p. 90.
4. Thibierge, Dermatophobie. *Presse médicale*, 9 juillet 1898.

douleurs sont interprétées par les malades qui disent éprouver toutes sortes de sensations bizarres. Une malade de M. Hirschberg, tout en se rendant compte de son état et en trouvant « ses sensations ineptes » ne peut s'empêcher de sentir des « grenouilles qui se promènent dans son dos, des langues d'animaux dégoûtants qui la lèchent, des vers, des intestins pourris qui glissent le long de son dos [1]. »

Les algies de la tête forment un groupe intéressant, elles se rattachent naturellement aux céphalées qui existent si fréquemment chez tous ces malades. Mais elles ajoutent à ces céphalées ordinaires une énorme exagération de la douleur et des troubles émotionnels répartis dans tout l'organisme. Ct. (57), femme de 28 ans, se frotte constamment le vertex au point qu'elle a usé les cheveux à cet endroit et que le sommet de la tête est dénudé : son algie de la tête est presque constante. Au contraire l'algie de la tête chez Box... (58), femme de 50 ans, se présente par crises qui ne durent que quelques heures ou quelques jours. Elle porte alors attaché sur la tête un énorme paquet d'ouate, destiné à calmer la douleur et à éviter les plus légers attouchements. En outre elle se tient constamment debout la tête appuyée en arrière contre un mur destiné à la soutenir « sans quoi elle tomberait avec une énorme douleur » il y a tic et torticolis mental en même temps que algie.

J'ai déjà décrit dans le second volume des névroses [2] le cas de Bi..., femme de 35 ans, qui s'est cogné le coude et qui a ressenti brusquement la douleur classique au petit doigt par l'irritation du cubital, cette douleur l'a impressionnée vivement et dorénavant pendant des années elle ne peut ressentir un contact au petit doigt sans éprouver une angoisse. Le cas de Van..., femme de 72 ans, est analogue : elle s'est fait il y a 18 mois une coupure au petit doigt, et depuis ce moment elle se plaint perpétuellement de ce doigt qui ne présente aucune lésion. « S'il fait chaud ce doigt a une température insupportable, s'il fait froid il refroidit tout son corps. » Elle crie toute la nuit comme si ce petit doigt la torturait, pendant la journée elle se cache dans un coin pour pleurer sur

1. R. Hirschberg, Névrose paresthésique chez une dégénérée, *Revue neurologique*, 1894.
2. *Névroses et Idées fixes*, II, p. 305.

son petit doigt. A table elle prend un couteau et fait semblant de vouloir se couper ce petit doigt ; puis elle va au travers de l'appartement comme une folle et menace de se jeter par la fenêtre pour ne plus sentir son petit doigt. Une autre femme de 34 ans, impressionnée parce qu'elle a appris qu'une cousine avait de l'enflure aux jambes, conserve une douleur angoissante à la jambe droite et ne veut plus marcher sans envelopper cette jambe d'énormes couches de coton.

On devine que les *organes génitaux* vont devenir le siège de prédilection de pareilles douleurs angoissantes. J'ai publié avec M. Raymond une observation remarquable à ce sujet[1], il s'agit d'un prêtre qui après avoir entendu parler d'un adultère surprenant reste obsédé par la pensée des rapports génitaux. Il avait constamment dans l'esprit la pensée et même l'image de ces deux amants dans les bras l'un de l'autre. Au bout d'une année, l'image se simplifia, mais pour devenir plus bizarre et plus gênante encore. Il ne pensait et ne voyait plus que les organes génitaux féminins, il ne pouvait voir une femme, parler à une femme, n'importe laquelle, sans qu'il fût convaincu de voir ses organes génitaux sous ses vêtements. Au bout de bien des années, il constata un nouveau changement dans la forme de la maladie. « A force de raisonner la chose, j'ai commencé à penser à mes propres organes sexuels et non plus à ceux de la femme. Mais cette préoccupation amena un autre désagrément, elle produisit bientôt une irritation physique et développa une hypersensibilité du pénis et du scrotum très désagréable. » Le même malade en arriva quinze ans après le début à une dernière forme. Il pense constamment que ses organes génitaux sont appendus à son corps comme un corps étranger et ne lui appartiennent pas ; il ne sait plus si c'est lui qui a conscience des impressions faites sur eux. Mais il n'en ressent pas moins une angoisse horrible au moindre contact.

Les algies jouent un rôle important dans l'histoire de Jean : il a des fluides qui lui courent dans le dos quand il tourne le dos au pays où se trouve Charlotte. Il a des « plaques d'hyperesthésies » sur les régions des jambes qui dans le tramway ont été frôlées par la robe d'une dame. Mais surtout, il a abominablement souffert pendant six ans d'une maladie invraisemblable

1. *Névroses et Idées fixes*, II, obs. 48, p. 162.

du gland et des testicules. A la suite des masturbations et des terreurs qu'elles engendrèrent il se mit à souffrir du gland, surtout quand celui-ci étant à découvert pouvait frotter contre les vêtements ou avait simplement « un frottement psychique » contre la robe d'une dame. Cet organe servait de point de départ à des angoisses épouvantables : pour le guérir il usa de tous les onguents, puis il voulut le maintenir constamment couvert par le prépuce qui malheureusement reculait ; pour faire descendre le prépuce sans y toucher, ce qui eût été dangereux, il imagina de le faire descendre par une secousse du ventre. Cette secousse perpétuellement répétée irrita les testicules qui devinrent à leur tour le point de départ d'angoisses et le pauvre garçon fut horriblement malheureux.

Chez les femmes, ces algies des organes génitaux sont encore plus importantes que chez les hommes, car elles donnent lieu, bien trop souvent encore aujourd'hui, à de dangereuses opérations chirurgicales. Vr... (55), après avoir trompé son mari, a de grands remords et de grandes craintes ; son inquiétude mêlée à l'idée d'une maladie qu'elle a d'abord prétextée pour refuser de s'enfuir avec son amant, détermine cette douleur aux parties génitales et aux ovaires : elle reste huit mois sur son lit sans consentir à faire le moindre mouvement des jambes ou du tronc. Il faut la chloroformer pour pouvoir palper son ventre et on se décide à une opération chirurgicale qui permet simplement de constater des organes parfaitement sains.

Il faut placer à côté de ces algies génitales les *algies de la vessie et de l'urètre* si fréquentes surtout chez l'homme et causées le plus souvent par les craintes des maladies vénériennes. Cpt... (56), par exemple, un homme de 48 ans, souffre depuis vingt ans de son urètre, quoique d'innombrables examens qui ont été faits n'aient jamais pu découvrir aucune lésion : il croit avoir des pertes séminales que l'on n'a jamais pu constater. « Il y a là une fuite par laquelle toute mon énergie s'en va. » Beaucoup d'autres ont « des brûlures et des épuisements dans le canal. » J'ai observé bien souvent, surtout chez des hommes, de terribles algies de la vessie, presque toujours accompagnées du tic de la pollakiurie. « Ils souffrent constamment comme des damnés » et ne sont soulagés un instant qu'en urinant ou en essayant d'uriner toutes les cinq minutes. Ils vont se faire sonder par tous les spécialistes, « pour

que l'on trouve le calcul », bien heureux quand ils n'ajoutent pas ainsi une cystite infectieuse à leur algie.

Enfin, on est étonné d'apprendre que *les algies de l'anus* occupent constamment certains esprits. Lf... (92), une femme de 46 ans, nous avoue que « depuis bien des années son anus a joué le principal rôle dans son existence ». De petites hémorroïdes sont d'ordinaire le point de départ de ces préoccupations et de ces algies. Quelquefois elles s'accompagnent de tics comme chez Bhu... (54), femme de 43 ans, qui depuis des années « ne consentait à s'asseoir que sur une seule fesse » et qui depuis six mois ne veut plus s'asseoir du tout.

Comme j'ai souvent essayé de le démontrer, par l'étude des phénomènes hystériques, le corps humain se divise en *régions psychologiques* aussi bien qu'en régions anatomiques, ce sont des régions constituées dans la conscience par l'association fonctionnelle des diverses sensations qui proviennent de ce point du corps ou qui s'y rattachent, qu'une certaine unité anatomique dans un centre cortical spécial corresponde ou non à cette unité psychologique qui fait la région psychologique ; chacune de ces régions, du bras, du cœur, des parties génitales, etc., est susceptible de devenir le point de départ d'une de ces algies.

3. — *Les phobies des fonctions corporelles.*

Les phobies des fonctions sont des phénomènes très voisins. Le type peut être *l'akinésia algera* de Mœbius dont Zr... (60), femme de 47 ans, offre un exemple des plus nets. Son bras et son épaule sont en réalité intacts et ne présentent ni paralysie, ni contracture, mais elle a la terreur des mouvements de l'épaule et n'ose plus remuer les bras à cause des angoisses qu'elle ressent si l'épaule est mise en mouvement. J'ai déjà décrit un fait analogue relatif aux mouvements de la jambe et de la cuisse [1].

On peut rattacher à ces *phobies du mouvement des membres* certains cas de crampe des écrivains dans lesquels on note moins un tic localisé à la main et au bras qu'un état émotif général, une angoisse avec tremblement, suffocation et palpitations cardiaques dès que le malade veut essayer d'écrire.

On peut y rattacher aussi les diverses basophobies décrites par

1. *Névroses et Idées fixes*, II, 311.

Séglas et Biswanger[1]. Quelquefois elles se développent à la suite de paralysies plus ou moins réelles, comme dans une observation de M. Grasset[2]; le plus souvent elles ne s'accompagnent d'aucun trouble réel du mouvement. Fou (72), homme de 58 ans, s'est effrayé de la marche parce que, pour se rendre à l'atelier, il doit longer un fossé. Il n'a pas simplement la peur du fossé ou la peur des grands espaces à traverser : non, il a peur de marcher n'importe où, il avance à tout petits pas, en trépidant, il recule d'un pas de temps en temps, puis il tombe ou plutôt il s'asseoit par terre, « car la marche lui donne des sueurs froides et il faut qu'il se repose ».

Enfin il me semble que l'on peut ranger dans le même groupe de phobies des fonctions des membres, la singulière affection qui a été récemment décrite par M. Haskovec de Prague sous le nom de *akathisie* (α, καθίζω, s'asseoir)[3]. J'en décrirai longuement dans le second volume de cet ouvrage un cas remarquable, celui de Rul (39) homme de 40 ans qui depuis une dizaine d'années ne peut plus *rester assis*. Quand il est assis depuis quelques minutes, il faut qu'il se cramponne à la chaise parce qu'il se sent soulevé en l'air, il a des palpitations: des étouffements, des sueurs surprenantes : son visage exprime l'angoisse d'une manière remarquable. A mon avis, il ne s'agit pas d'un phénomène hystérique analogue à l'astasie-abasie, comme le pense M. Haskovec, mais d'une agitation à la fois motrice et émotionnelle qui survient à propos de l'acte de rester assis, parce que cette position, au moins dans ce cas, est associée avec l'idée du travail dont ce pauvre homme est devenu incapable. C'est un phénomène de phobie et d'agitation qui peut se ranger dans les phobies des fonctions.

Les fonctions de nutrition donnent lieu à d'innombrables phobies très importantes à causes de leurs conséquences. J'ai déjà signalé à propos de la honte du corps ces malades qui refusent de manger parce que cette action leur paraît honteuse. D'autres re-

1. Séglas, Debove et Boulloche, *Soc. méd. des hôpitaux*, 17 novembre 1893. L. Hallion et J.-B. Charcot, Dysbasies d'origine nerveuse. *Archives de neurol.*, 1895, I, p. 81. G. Ballet, Les astasies-abasies, abasies amnésiques, abasies par obsession et par idées fixes. *Semaine médicale*, 12 janvier 1898.

2. J. Grasset, Basophobie ou abasie phobique chez un hémiplégique. *Semaine médicale*, 15 août 1894, p. 366.

3. L. Haskovec (Prague). L'akathisie, *Revue neurologique*, 30 novembre 1901, p. 1107.

fusent de manger et se condamnent presque à l'inanition parce que cette action leur est douloureuse et leur fait peur. Té... (66), jeune fille de 18 ans, sans phénomènes d'anorexie hystérique, ne peut parvenir à manger quoiqu'elle le désire. « Quand je vois les aliments, quand j'essaye de les porter à ma bouche, cela me serre dans ma poitrine, cela me fait étouffer, cela me brûle dans le cœur. Il me semble que je meurs et surtout que je perds la tête. »

Dans ce groupe, l'observation de Gel... (67), femme de 48 ans, est assez singulière. Ordinairement, les malades ont peur de manger et repoussent plus ou moins les aliments. Celle-ci a peur de ne pas manger assez, elle a peur de refuser de manger. Vers l'âge de 21 ans, elle a eu un premier accès sous la forme commune du refus d'aliments : après avoir sevré un enfant, elle avait eu des inquiétudes, des remords, des troubles de la digestion. Moitié parce qu'elle avait des remords, moitié parce qu'elle souffrait de l'estomac, elle commença à refuser l'alimentation et à avoir de l'horreur et de l'angoisse en essayant de manger. Cette maladie se guérit, puis recommença et disparut encore. Le troisième accès qui est survenu au moment de la ménopause est tout à fait l'inverse des précédents. Le malade mange parfaitement, mais elle a peur que sa maladie ne la reprenne, qu'elle soit empêchée de manger par une peur et qu'ainsi elle n'arrive à mourir de faim ; il en résulte qu'elle mange avec angoisse par la peur d'avoir peur de manger.

Une des phobies des plus curieuses et semble-t-il pratiquement des plus importantes qui se rattache aux fonctions de nutrition, est la phobie de la déglutition. On en trouvera plusieurs observations détaillées dans le second volume de cet ouvrage, je signale en particulier l'observation de Fok... (69), femme de 40 ans ; de Rib... (68), femme de 29 ans, de Les...(70), homme de 40 ans, chez tous, les phénomènes sont exactement les mêmes. Ces malades qui ont faim, qui digèrent bien et qui veulent se nourrir ne peuvent y parvenir parce qu'ils ont la terreur d'avaler la nourriture. Ils croient qu'ils vont avaler de travers, qu'ils vont s'étouffer et mourir subitement, ils imaginent des procédés pour avaler dans la perfection et sans danger. Pour cela il est nécessaire de continuer à respirer en avalant, de respirer juste au moment où l'on avale, etc. Dans ces conditions, il n'est pas surprenant qu'ils n'arrivent à rien : la moindre gorgée de liquide dans la bouche leur cause

d'intolérables angoisses et leur amène des sueurs froides sur tout le corps. Ils ne peuvent se nourrir qu'en absorbant un liquide goutte à goutte et Fok... met une journée entière pour absorber deux jaunes d'œufs délayés dans une cuillerée de jus de viande.

Ensuite on observe *les phobies de la digestion*. Le moindre trouble de la digestion, la moindre pesanteur d'estomac cause des angoisses et ces malades ont « la mort devant les yeux » quand il leur arrive d'avoir un peu de pyrosis. Une forme curieuse de ce trouble détermine des douleurs à la fin de la digestion, surtout la nuit et réveille les malades par une crise de terreur qui survient en général vers une heure du matin. Lyx... femme de 28 ans, se réveille à cette heure toute les nuits : pâle, les yeux hagards, elle se contorsionne, prétend avoir d'horribles douleurs qui partent de l'estomac et attend sa mort prochaine. Dans d'autres cas plus communs, l'angoisse se développe même dans la journée à propos de toutes les digestions. Qsa... (108) homme de 55 ans, scrupuleux typique depuis son enfance, qui a traversé à peu près toutes les phases de la maladie, est surtout tourmenté depuis une dizaine d'année par la phobie de la digestion. A l'inverse des malades précédents qui ont la phobie de l'alimentation ou la phobie de la déglutition, il a le désir de manger et « mange tout ce que l'on veut lui donner » : il voudrait même continuer à manger, car ses tourments ne vont commencer qu'au moment où il cesse de manger. A ce moment, l'estomac s'agite, se gonfle, se tortille « la masse alimentaire remue comme dans un sac, tous les membres sont brisés et remplis d'inquiétudes, le moindre mouvement tire sur l'estomac comme si tous les muscles y avaient leur point d'attache, les yeux sont retirés à l'intérieur du cerveau, toutes les pensées sont teintées de souffrances, etc. » Ces troubles s'accompagnent chez ce malade de tics, il a le tic de sucer quelque chose pendant qu'il digère, et fait une consommation invraisemblable des boules de gomme, enfin il présente le tic des vomissements qui a déjà été décrit. Si on le force à retarder le vomissement, l'angoisse augmente avec agitation motrice et agitation viscérale et peut amener dans les cas grave une crise que j'ai décrite sous le nom de la crise des efforts de vomissements. Les mêmes phénomènes s'observent chez beaucoup d'autres malades, car ces phobies de la digestion sont parmi les plus fréquentes.

La digestion intestinale cause *les phobies du ventre*, les sensa-

tions « d'un ver qui a des pattes d'araignée qui se pelotonne avec des glissements froids ».

Enfin, Hil..., femme de 40 ans, nous montre *la phobie de la défécation*. « Elle va s'en aller en diarrhée, elle va perdre ses aliments, elle souffre tant à cette pensée qu'elle aime mieux mourir tout de suite que d'aller à la selle. » Et il faut les supplications de toute la famille pour la décider à ce sacrifice. Les hypocondriaques urinaires et génitaux sont innombrables et presque toujours leurs obsessions s'accompagnent de phobie de la fonction, il est inutile d'y insister.

On peut observer des phobies plus curieuses portant sur les fonctions de relation. On connaît *les phobies du langage*[1], Bq... (65), homme de 38 ans, est soigné depuis cinq ans pour de prétendues lésions du larynx : il a été dans plusieurs villes d'eaux, il a subi toutes sortes de traitements. C'est que depuis des années la parole lui est de plus en plus difficile ; quand il essaye de parler, il ressent une faiblesse générale, ses jambes flageolent, sa respiration s'arrête et son corps se couvre de sueur. Aussi n'essaye-t-il jamais de parler quand il est debout, car il tomberait. Il rattache tous ces troubles à des lésions tuberculeuses qu'il doit avoir dans la gorge. L'examen le plus attentif que M. Cartaz a bien voulu répéter démontre que le larynx est absolument sain. Un peu de pharyngite survenue il y a des années et l'inquiétude causée par son métier de mécanicien « qui l'expose aux poussières du charbon » ont déterminé la forme de cette phobie.

Les sens spéciaux sont susceptibles de présenter les mêmes angoisses et les mêmes dysesthésies. *L'odorat* devient pénible quand l'odeur s'associe avec une des manies des scrupuleux. Big...(6), femme de 49 ans, a peur de sentir une odeur surtout de la narine gauche, car cela lui donnerait des angoisses. Wy... (164) craint les odeurs qui toutes rappellent l'odeur des parties génitales, et Ds...(154), femme de 21 ans, aurait des angoisses si elle sentait une odeur « car pour sentir il faut aspirer par le nez et cela fait monter dans le nez des *petites* bêtes, des mouches, des punaises qui iraient jusqu'au cerveau ». Elle est obligée pour *compenser* une odeur de se moucher indéfiniment

1. Cf. Chervin, *Des phobies verbales*. Paris, 1895.

L'ouïe est intéressée bien souvent dans toutes les *phobies des bruits*. Ot... (75), homme de 53 ans, retiré des affaires, prend en dégoût son appartement, son quartier, se sent émotionné par le bruit qu'on y entend et en arrive à une terrible dysesthésie de l'ouïe. Il lui faut vivre dans une chambre matelassée pour qu'aucun bruit ne parvienne jusqu'à lui. Chez Bow... (76) s'ajoute un détail particulier : tous les bruits n'affectent pas douloureusement l'oreille, mais seulement les petits bruits : bruit d'un fouet dans la rue, bruit d'une porte qui se ferme, c'est la microphonophobie. On retrouve ici l'attention des scrupuleux pour les petites choses que nous avons notée dans leurs manies de la précision.

L'œil donne naissance à un trouble remarquable qui semble une maladie spéciale, c'est la *photophobie* ou au moins une des variétés de la photophobie. Mv..., (151) femme de 42 ans a assisté un soir à un concert où jouait devant elle un musicien aveugle, elle n'a pu s'empêcher de l'observer toute la soirée. Le lendemain, elle prie son mari de la mener consulter un oculiste, celui-ci examine les yeux qui ne présentaient à ce moment encore aucune douleur et ne constate aucune altération. Cependant Mv... n'est pas rassurée, elle déclare cet oculiste incompétent, et va en voir un autre, puis un troisième. Son agitation croissant, on la force à s'expliquer et elle finit par avouer qu'elle est poursuivie par la pensée d'être aveugle, qu'elle examine sa vue continuellement, que la nuit elle s'éveille en sursaut pour allumer une lumière et vérifier si elle voit clair. Chez cette malade s'est développée peu à peu une horrible algie de la paupière et des yeux ; il suffit d'approcher le doigt des paupières pour provoquer des hurlements et de terribles angoisses. Même phénomène à peu près identique chez Mb... (156) et chez Ria... (62) qui ont aussi peur d'être aveugles.

Ces dysesthésies des yeux peuvent amener les malades à redouter la lumière et à vivre dans l'obscurité. C'est ce qui arrive dans l'observation remarquable de Rs... (63). Cette femme, âgée de 59 ans, a toujours eu des troubles de la volonté, elle était inquiète, hypocondriaque, très exigeante et très autoritaire, ce qui arrive souvent chez les abouliques, comme on le verra dans le chapitre suivant. A l'âge de 56 ans, peu après la ménopause, elle eut à subir une épouvantable secousse : on amena chez elle sa fille, jeune femme mariée depuis peu, qui venait d'être horriblement brûlée dans un incendie. Rs... soigna sa fille avec cou-

rage pendant trois jours sans pouvoir la sauver. La mort de cette jeune femme ne sembla pas déterminer chez elle une violente émotion, Rs... s'étonnait de n'avoir pas assez de chagrin, de ne pas pouvoir pleurer. Quelque temps après elle commença à se plaindre de ses yeux, parlant de cataracte, de paralysie, etc. « Elle ne pouvait se servir de ses yeux à volonté, elle ne pouvait regarder ; quand elle fixait un objet, surtout un objet éclairé, elle éprouvait une gêne, une émotion pénible qui la suffoquait. » Bientôt elle prit l'habitude de tenir les yeux mi-clos puis fermés et de se comporter comme une aveugle.

Ria... (62), jeune femme de 26 ans, couvre constamment ses yeux d'un grand bandeau et refuse de voir la lumière « car les objets dansent d'une manière odieuse et effrayante ». Cela lui donne de terribles angoisses à la pensée qu'elle va perdre la vue. Le point de départ est plus curieux. Après une opération abdominale déterminée d'ailleurs par une algie utérine, elle eut ce sentiment de bizarrerie, d'étrangeté dans la perception des objets qui joue un rôle si considérable chez les psychasthéniques. Elle en conclut que sa vue était en jeu, qu'elle voyait mal, qu'elle allait perdre la vue et présenta peu à peu les symptômes de cette photophobie.

L'observation de Bry... (63), jeune homme de 16 ans, nous présente des crises de photophobie un peu différentes : les phénomènes mentaux sont réduits et les phénomènes organiques très augmentés. L'œdème des paupières, la congestion de la conjonctive, le larmoiement, l'hydrorrhée nasale qui lui fait mouiller cinquante mouchoirs en vingt-quatre heures sont des plus remarquables. Les crises sont courtes et se répètent tous les quinze ou vingt jours depuis l'enfance. C'est là une forme différente de la maladie, qui me semble se rapprocher des phénomènes épileptiques et que nous aurons à discuter au point de vue clinique dans le second volume de cet ouvrage.

Toutes ces algies et toutes ces phobies des fonctions présentent des caractères communs, elles se développent à propos d'une sensation déterminée par l'excitation d'une partie du corps : la peau, les muscles, le pharynx, l'oreille, les yeux. On pourrait croire que cette région est hyperesthésiée et qu'une maladie locale détermine ces sensations douloureuses. C'est ce qui amène si souvent les opérations chirurgicales en particulier sur les

ovaires. Cependant un examen attentif permet de constater que l'organe est parfaitement sain. Bien mieux les sensations déterminées par cet organe ne sont aucunement troublées, il n'y a pas d'anesthésie, ni même d'hyperesthésie véritable. Rs... dont la photophobie est si remarquable qui reste depuis trois ans sans ouvrir les yeux, qui se conduit tout à fait comme une aveugle a été l'objet de bien des examens par plusieurs oculistes : non seulement l'œil est absolument sain, mais la vision est complètement conservée, ni l'acuité visuelle, ni le sens de couleurs, ni le champ visuel n'ont subi la plus légère altération, elle voit mieux que la plupart des personnes de son âge. Chose curieuse, quand elle est ainsi l'objet d'un examen médical, elle ne bouge pas, tient les yeux ouverts sans se plaindre de rien, elle accepte qu'on dirige un rayon lumineux dans l'œil pour voir les réflexes, tandis qu'elle aurait des angoisses horribles pour regarder un objet.

On pourrait dire que la sensation intelligente est conservée mais qu'il y a un sens spécial de la douleur qui est seul hyperesthésié dans ces régions. J'ai souvent essayé de mesurer la sensibilité à la douleur avec une aiguille dont la pression variable peut être exactement déterminée, j'ai fait modifier dans ce sens l'appareil de Chéron pour mesurer la tension sanguine. J'ai d'abord déterminé la sensibilité à la douleur de la même région chez un individu normal, puis j'ai voulu mesurer cette même sensibilité chez les malades qui prétendaient ne pas pouvoir être touchés à cette région sans souffrir énormément. Il faut pour cela commencer par les rassurer, leur faire croire que l'examen médical est utile, arrêter un peu leurs ruminations et leurs obsessions, les intéresser à ce petit problème, leur apprendre à répondre exactement à quel moment le contact de l'aiguille devient pour eux une piqûre douloureuse. Beaucoup ne laissent pas faire l'expérience : Mv... poussait des cris quand je voulais approcher l'instrument de ses tempes ou de ses paupières et je n'ai pu obtenir sur elle aucun chiffre précis. Mais d'autres se décident à permettre cet examen : on est tout surpris de constater qu'ils arrêtent l'instrument au même degré que l'homme normal et que par conséquent ils ont conservé la même sensibilité douloureuse, ni moindre, ni plus grande. Dans quelques cas, il y a plutôt une certaine diminution de la sensibilité. Ces dysesthésies ne sont donc pas des troubles de la sensation de la région, ce sont des troubles géné-

raux, des émotions envahissant tout l'organisme qui se produisent à propos de la sensation de la région. Nous retrouverons la même loi à propos des autres phobies, c'est ce qui nous permettra de réunir toutes ces angoisses ponr en chercher les caractères généraux.

4. — *Les phobies des objets (Délire du contact).*

Ce même état qui ressemble à une émotion très douloureuse se produit bien plus souvent à la suite de la perception des objets. Comme cette émotion est très redoutée par le malade, il en résulte une crainte, une peur de l'objet qui en est l'occasion : c'est ce qui caractérise les phobies des objets.

La phobie se développe quelquefois dès que l'objet est perçu n'importe par quel sens, même quand il est perçu par la vue ou l'ouïe. « Suis-je folle ou ne le suis-je pas, disait une malade de Legrand du Saulle, faudra-t-il donc me séquestrer dans une maison d'aliénés, parce que je tremble à la vue d'un chien et que je n'ose rien toucher chez moi ? Mais à quoi me sert donc ma raison [1] ? » Il en est de même pour ceux qui ont peur de voir les étoiles (astraphobie) ou qui ont peur d'entendre les orages [2]. Bunyan après avoir pris beaucoup de plaisir à sonner les cloches se fit un scrupule de ce plaisir et depuis ressentit une peur terrible rien qu'en voyant ou en entendant les cloches [3].

Parmi nos malades, Xa..., qui a l'obsession de l'homicide, a bien entendu, la phobie des couteaux, de tous les instruments tranchants ou pointus ; mais en outre elle ne peut voir sans souffrance une branche d'arbre coupée, une fleur rouge ni même un papier rouge. Elle a des crises de phobie, si on veut la faire promener dans le bois de Boulogne, parce qu'elle a rencontré un jour dans une allée un morceau de papier rouge. Elle a surtout peur qu'on ne fasse une allusion à l'un de ces objets terrifiants, elle a des phobies à propos de tel ou tel mot qu'il lui suffit d'entendre ou à propos d'une personne qui a autrefois prononcé le mot et qu'elle ne peut plus revoir. Myl... (98) a ses phobies en voyant un salon rouge ou en voyant la lune. Mii... (183) a le même phénomène en voyant certaines rues de Paris qui font penser à

1. Legrand du Saulle, *Folie du doute*, p. 26.
2. Cullere, *Folie héréditaire*, p. 63.
3. Josiah Royce, *Psychological Review*, 1894, p. 134.

la ville de Lyon où a été commis un crime et Gisèle en voyant sa petite fille qui lui rappelle le mariage et sa vocation religieuse manquée. Fi... (83), comme beaucoup d'autres malades, a ces terreurs en voyant un chien, ou même en voyant sa femme parce qu'elle porte une robe qui a traîné place de la Concorde, rendez-vous habituel, paraît-il, des chiens enragés, c'est la lyssophobie, l'hydrophobie morale de Trousseau. Jean s'effraye en voyant des femmes dans les tramways ou en mangeant un repas servi par une femme. Il est donc évident que la vision ou l'audition peut être le point de départ de ces phobies.

Cependant c'est le contact qui détermine le plus souvent ces crises de peur angoissante ; l'observation a déjà été faite par Esquirol[1]. Il décrit une femme de 34 ans qui se frotte constamment les mains « elle a peur que quelque chose de valeur ne reste attaché à ses doigts. » Legrand du Saulle insiste surtout sur ce rôle du toucher puisqu'il veut, bien à tort à mon avis, faire de cette crainte une maladie spéciale ou du moins une phase spéciale de la maladie sous le nom de « folie du contact » : « une dame, dit-il, a d'abord peur des fautes d'orthographe, puis elle a la crainte de toucher tout ce qui sert à écrire »[2]. Trélat accepte la même idée, il décrit une personne qui se figure que tout son linge est empoisonné et que le contact en serait mortel[3]. M. J. Falret explique des phobies semblables par la crainte que les objets ne soient de valeur ou ne soient sales[4]. « Une malade décrite par M. Tamburini ne peut plus toucher aucun objet de son appartement parce qu'elle les croit « souillés par l'urine des rats[5] ». Une femme, raconte Féré[6], a fini par ne plus pouvoir marcher sans avoir constamment les orifices des narines et de la bouche obturés par une bande de tissu destinée à empêcher les parcelles d'hostie qui pouvaient être contenues dans l'atmosphère de pénétrer dans son corps pendant qu'elle n'était pas en état de grâce. » Bien des auteurs

1. Esquirol, *Maladies mentales*, II, p. 63.
2. Legrand du Saulle, *Folie du doute*, p. 23, 25, 27. Cf. Un cas semblable, est décrit par Baillarger, *Ann. méd. psych.*, juillet 1866, p. 92.
3. Trélat, *Folie lucide*, p. 23.
4. Falret, *Maladies mentales*, p. 512. Cf. Saury, *Dégénérés*, p. 79, 83, 85. Cullerre, *Folie héréditaire*, p. 75, 79, 80.
5. Tamburini, Rivista sperimentale di freniatria. VIII, 1884, p. 4,
6. Féré, *Pathologie des émotions*, 1892, p. 415 (Paris, F. Alcan). Ballet, *Traité de médecine de Charcot et Bouchard*, VI, p. 1179.

rapportent des cas semblables qu'ils désignent sous le nom de délire du contact, de *misophobie,* de *rupophobie,* etc [1].

On pourrait noter de ces phobies du contact des objets chez presque tous nos malades ; nous ne citons que les plus intéressants. Chy... a besoin de se laver constamment les mains parce qu'elle a peur d'avoir touché des « miettes de graisse ». U... (79) fait de même par phobie des microbes, Mzc... (178), un homme de 46 ans, ne peut toucher des couteaux pointus ; comme son métier l'oblige à fabriquer des couteaux, il les fait tous ronds, tant pis pour la clientèle. Cette même phobie banale de toucher aux couteaux pointus se retrouve très souvent et Sy... mange avec les doigts plutôt que de toucher une fourchette ou un couteau.

Ger... (214), qui se figure avoir tué sa belle-mère, ne peut toucher sans horreur les vêtements de la pauvre dame et bientôt prend la phobie du contact de toute espèce de vêtement. Pr... (210) a une idée assez compliquée : elle croit avoir cédé à un individu et pouvoir être enceinte, elle redoute maintenant de céder à la tentation de se faire avorter en prenant un purgatif. Aussi ne peut-elle plus toucher sans horreur à aucune bouteille, à aucun verre contenant un liquide. On ne peut énumérer les objets pour lesquels Jean a des phobies, les femmes, les tramways, les lettres, les timbres, sa chambre à la campagne, sa table de travail, les rasoirs, les mouchoirs, etc., etc. Iu..., femme de 44 ans, analogue sur ce point à la malade de Féré, craint d'avoir laissé tomber sur sa jupe des parcelles d'hostie. Elle cache cette jupe et d'autres objets dans une malle, puis elle ne peut plus toucher à la malle qui est « à la fois vénérable et sale » et qui devient tout à fait un objet tabou. Vy..., qui a des scrupules génitaux, a la phobie des vêtements qui pourraient le frotter. Leg..., femme de 45 ans, scrupuleuse depuis l'âge de 12 ans, craint surtout de faire du mal aux gens, de les empoisonner en leur lançant de la pousssière, des poils de chat qu'elle a dans la main, de la salive ; elle n'ose plus parler, plus bouger, elle arrive à cette immobilité que nous aurons à étudier comme l'un des termes de la maladie.

Ces exemples pourraient facilement être multipliés à l'infini, le contact est la sensation qui éveille le plus directement la pensée

1. Hammond, *Neurological contributions*, 1879. Séguin, *Archiv of medicin*, août 1880. Russel, *Alienist and neurologist*, 1880. Shaw, *Archiv of med.*, 1880. Verga, *Archivio delle malattie mentali*, 1881. Dana, *The alienist and neurologist*. New-York, avril 1884. Chastenet, *Ann. méd. psych.*, 1890, I, p. 39.

de l'usage des objets, de leur rôle dans une action, il est tout naturel que chez les scrupuleux, les phobies portent tout particulièrement sur le contact. C'est ce qui nous est bien montré par certaines phobies du contact sur lesquelles j'insiste en terminant et qu'on pourrait appeler les phobies du contact professionnel. M. Grasset a cité la phobie du médecin pour les instruments de son métier, M. Bérillon[1] insiste sur la phobie du notaire pour son étude, du mécanicien pour sa machine. Parmi nos malades, Nem..., couturière, ne peut toucher à ses ciseaux et Pt..., barbier, ne peut toucher un rasoir. Il ne faut pas dire qu'il s'agit ici de la phobie des objets tranchants car la première ne peut pas non plus toucher un mètre et le second a horreur de toucher la barbe ou de toucher du savon. Lch... (78), homme de 38 ans, télégraphiste, à la suite d'une pleurésie grave, prend la crainte de ne pouvoir travailler et la peur des appareils télégraphiques et même des bureaux de poste.

Ces derniers exemples nous montrent que l'acte et surtout l'acte professionnel doit jouer un rôle dans ces phobies. Le fait est moins visible mais on le retrouve dans toutes les autres phobies des objets. Dans beaucoup de cas, comme j'ai essayé de le montrer ailleurs, *le contact actif* c'est-à-dire le contact qui résulte d'un mouvement, d'un acte du sujet est infiniment plus redouté que le contact passif dans lequel l'objet est simplement approché du sujet[2]. Iu... « pour rien au monde ne touchera elle-même les vêtements où elle imagine avoir fait tomber des fragments d'hostie » mais, si je prends moi-même la robe et l'approche de ses mains, elle se résigne à subir le contact en disant : « c'est vous qui faites l'action et qui prenez la responsabilité.. » L'objet qui détermine l'angoisse est surtout un objet qui intervient dans une action qu'il faudrait exécuter, c'est une notion que je signale en passant et sur laquelle il faudra revenir en étudiant les caractères généraux et l'interprétation de ces phobies.

5. — *Les phobies des situations (agoraphobie).*

Ces mêmes phobies peuvent se développer dans d'autres cir-

1. Bérillon, Phobies neurasthéniques envisagées au point de vue professionnel, *Revue de l'hypnotisme*, 1895, p. 33,
2. *Névroses et Idées fixes*, I, p. 8.

constances, à propos de perceptions plus complexes, qui portent non plus sur un objet déterminé mais sur un ensemble de faits et d'impressions du sujet, c'est-à-dire sur une situation physique ou morale du sujet.

Dans un premier groupe de cas il s'agit de la perception d'une situation physique : le type de ces phobies est celle qui se développe quand le malade se sent isolé, c'est-à-dire quand un ensemble de circonstances, une situation qu'il perçoit, fait naître en lui l'impression de vide autour de lui. Déjà Leuret en 1834 décrivait un cas de ce genre en le rattachant à l'hypocondrie : « il est quelquefois six mois sans sortir; lorsqu'il sort, c'est en voiture et toujours accompagné d'une personne qui puisse lui porter secours en cas de besoin, pendant la promenade. Il est très rare qu'il descende de voiture et quand cela arrive, il faut que la personne dont il est accompagné se tienne tout près de lui ; il ne traverserait pas une place ou un pont; à peine s'il traverserait une rue. Sur une place il est comme au milieu d'un désert, où tout manque à celui qui a besoin de tout[1]. » Leuret fait simplement de cet état une « hypocondrie engendrée par le luxe et l'oisiveté » et il note justement son rapport avec le défaut de volonté.

Plus tard ce symptôme est décrit très fréquemment comme une phobie sous le nom d'*agoraphobie* qui lui a été donné, je crois, par Westphal en 1872[2]. Une des descriptions les plus complètes est celle de Legrand du Saulle en 1877 et 1878 : cet auteur en fait une névrose spéciale distincte de la folie du doute et du délire du contact, ce qui me paraît très inexact. « La peur des espaces, dit Legrand du Saulle, est un état névropathique très particulier, caractérisé par une angoisse, une impression anxieuse vive ou même une véritable terreur, se produisant subitement en présence d'un espace donné... c'est une émotion comme en présence d'un danger, du vide, d'un précipice, etc. Un malade commence par avoir des coliques dans la rue, avec faiblesse des jambes ; il s'inquiète et en deux mois arrive à la terreur complète de marcher...

1. Leuret, *Fragments psychologiques sur la folie*, 1834, p. 392.
2. Westphal, Agoraphobie, *Archiv für Psychiatrie*, III, 1872. William, Agoraphobia, *Boston med. and Surg. Journal*, 1872. Weber, Agoraphobia, *Ibid.*, 1872. Cordes, Agoraphobia, *Archiv für Psychiatrie*, III, 1872. Perroud, Note sur l'agoraphobie. *Lyon médical*, 1873. Dechambre, De l'agoraphobie, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1873. Bourdin, Horreur du vide, agoraphobie, *Encyclopédie des lettres, des sciences et des arts*, 1878, etc.

La pensée d'être abandonné dans le vide le glace d'effroi et la conviction d'une assistance quelle qu'elle soit l'apaise sans effort. Point de peur sans le vide, point de calme sans l'apparence d'un semblant de protection [1]. »

Voici quelques exemples de ces phobies du vide empruntés aux observations de nos malades. Lise a peur de la solitude qui est, en effet, plutôt mauvaise pour elle parce qu'elle favorise le développement de ses rêveries et de sa manie des pactes. Deb... (165), Bor..., etc. ont peur des ponts, des grandes places, Por..., femme de 23 ans « étouffe de terreur dans les rues où il n'y a personne ». Hnu... (87) ne peut plus marcher seule ; elle a peur de tomber, d'être paralysée, de devenir folle : « je vois le vide de chaque côté... quand je vois des maisons cela ne me fait plus le même effet. « Léo.,. (173) redoute les grandes places ou les grandes agglomérations de monde... elle est plus tranquille quand elle est avec un petit nombre de personnes en qui elle a confiance. L'agoraphobie de Sc... [2] présente quelque intérêt, parce qu'elle simule des vertiges ; comme le malade a eu antérieurement des écoulements d'oreilles, on a diagnostiqué son état « vertige de Ménière ». En réalité, il n'a aucun des symptômes de ce vertige, l'angoisse qu'il ressent dans la rue est identique à celle qu'il éprouve quand il touche des cartes ou quand il pense au nombre treize. Bu... (85), un homme de 40 ans, après s'être d'abord fait accompagner au dehors, ne peut plus faire un pas seul même dans son appartement ; un malade célèbre de M. Azam [3] exigeait que sa femme l'accompagnât jusqu'à la porte des cabinets d'aisances et en lui parlant de loin, lui fit constamment comprendre qu'elle restait près de lui ; Bu... ne peut se satisfaire par cet expédient et il exige que sa femme entre toujours avec lui.

On voit bien d'après ces exemples que ce n'est pas précisément la grande place qui provoque la phobie, c'est l'impression de se trouver seul sans appui physique ou moral dans un endroit qui ne leur est pas familier. Dès que cette impression est dissipée, l'agoraphobie disparaît. Lep.., (88), femme de 49 ans, est agrophobe depuis que son fils est parti au service militaire, elle se sent seule, et alors elle redoute de sortir, ne peut traverser les places et a besoin

1. Legrand du Saulle, *Agoraphobie*, Cf. Magnan, *Leçons*, p. 179.
2. *Névroses et Idées fixes*, II, p. 83.
3. Azam, Entre la raison et la folie, les toqués. *Revue scientifique*, 1891, I, 615.

de « longer les murs des petites rues » mais cette angoisse disparaît dès qu'elle donne la main à un enfant. Oz..., femme de 31 ans, se contente à moins de frais, il lui suffit de porter à son bras un panier, c'est pour elle un point d'appui habituel « mais il faut qu'il soit lourd, je sens alors que je tiens quelque chose de ferme, quand il est vide je ne peux pas avancer ». Bo... se borne à transporter avec elle un petit banc pour s'asseoir dessus s'il le fallait et cette perspective le rassure. Une autre femme de 35 ans, Fie..., a besoin de s'appuyer sur son parapluie « avec mon parapluie j'irai n'importe où, sans mon parapluie je n'ai plus d'équilibre, il n'y a que l'épicier du coin chez qui je peux aller sans parapluie ».

Tous ces détails se trouvent bien précisés par l'observation de Jean. Il a constamment besoin d'avoir un appui matériel du côté gauche et se tient toujours la main gauche fortement accrochée à quelque meuble ou quelque objet. Si ce point d'appui lui manque dans les salles de cours par exemple il sent un creux, un vide à gauche qui peut devenir effroyable. Il n'a pas précisément la peur d'une grande place quelconque, mais il a des phobies terribles quand il est dans un quartier éloigné, loin de sa maison et surtout loin de son médecin. C'est pour la même raison que le séjour à la campagne lui fait horreur : « Les médecins de la campagne ne connaissent pas ces affections-là, il faudrait des heures et des jours pour leur expliquer ma maladie et je ne pourrais pas le faire. C'est horrible d'avoir le fou rire labourant les nerfs, le fantôme de la mort, le cœur excité loin de tout médecin compétent. » A Paris le parc Monceau a le privilège de déterminer la même impression parce qu'il ressemble à la campagne. Jean a encore les mêmes phobies quand il se sent tourné vers telle ou telle direction, quand il est dans un chemin de fer en marche, quand il est dans une chambre trop petite, dans une salle de conférences, etc. Dans les lieux découverts, il a besoin de sentir toujours une protection ; dans les lieux fermés, il faut qu'il voie toujours une sortie facile : il ne consent jamais à avancer dans une salle de conférences, car il faut qu'il se tienne toujours très près de la porte.

Je n'ajouterai plus que l'observation de Dob... (85) sur laquelle il faudra revenir à propos de l'angoisse. Cette jeune femme de 33 ans a des accès d'angoisse qui la prennent dès qu'elle est seule dans la rue ; ces accès ont commencé à l'âge de 12 ans et

vont toujours en aggravant. Ce qu'elle redoute c'est en somme un accès de folie « qui la ferait courir comme une folle, la ferait causer du scandale en public ». Elle a moins peur la nuit, parce qu'on ne la verrait pas si elle était folle, on voit ici l'obsession de honte; elle préfère les rues où il y a des boutiques afin de pouvoir s'y réfugier, c'est maintenant le sentiment du besoin de protection.

A l'agoraphobie doit se rattacher une autre phobie, celle des endroits clos, la *claustrophobie,* signalée par Beard de New-York, par Raggi de Bologne et décrite par Ball en 1879[1]. « C'est, dit Cullerre, une angoisse constrictive comparable à celle qu'on pourrait ressentir en rampant à travers un passage de plus en plus étroit[2]. » On peut y rattacher bien des faits du même genre, la phobie d'être dans un théâtre, la phobie d'être dans un chemin de fer que l'on ne peut pas faire arrêter, etc., dans une voiture, l'amaxophobie(ἄμαξα, voiture) si on veut conserver ce mot de Ball[3].

C'est ainsi que Rt... (93) « a une peur terrible d'étouffer dans les voitures qui sont des petites boîtes fermées, dans les wagons de chemin de fer qui passent dans les tunnels ». Xo... n'a pas peur d'étouffer en chemin de fer, mais il craint d'être indisposé dans le wagon sans pouvoir sortir et il ne peut plus faire aucun voyage sans de terribles angoisses. Nae... (94) fait des scènes épouvantables quand il faut la mettre dans une voiture ou dans un wagon : elle veut que la porte reste ouverte et elle menace à chaque instant de s'élancer au dehors. Tantôt la voiture ne va pas assez vite, tantôt elle va trop vite, ou bien une autre voiture s'approche trop près; elle prie qu'on la retienne pour qu'elle ne s'élance pas au dehors et quand on la retient elle étouffe et il faut lui faire respirer de l'éther. Les scènes les plus curieuses ont lieu quand elle est dans sa chambre et qu'il pleut fortement au dehors, elle regarde la rue, s'effraye de l'eau qui tombe, pense qu'elle ne pourra plus sortir parce qu'il y a trop d'eau, que l'eau va monter au premier étage puis au quatrième où elle est, qu'elle sera noyée contre le plafond; la respiration lui manque, elle

1. Ball, Claustrophobie. *Ann. méd. psych.*, novembre 1879.
2. Cullerre, *Les frontières de la folie*, 1888, p. 61.
3. E. Doyen, *Quelques considérations sur les terreurs morbides et le délire émotif en général*. Thèse de Paris, 1885.

rougit et pâlit et finalement elle tombe évanouie. Nous reviendrons sur ces évanouissements ; pour le moment nous notons seulement les formes diverses que prennent ces phobies.

Les malades de ce premier groupe ont besoin, comme on l'a vu, de l'appui, du secours des autres hommes, ils redoutent d'être seuls, séparés des hommes, et par ce côté on peut dire qu'il y a déjà dans ces phobies un sentiment social. Mais s'ils demandent à être secourus par des hommes, c'est parce qu'ils redoutent certains dangers physiques, c'est la situation physique qu'ils redoutent, le vide, la hauteur, le resserrement, etc. Au contraire, dans d'autres cas, l'émotion angoissante est essentiellement déterminée par *la perception d'une situation morale* et surtout *d'une situation sociale*. On peut considérer comme type de ce second groupe l'angoisse causée par la rougeur du visage, *l'éreutophobie*. Cette localisation particulière de la phobie a été signalée en 1846 dans un mémoire de Casper (Berlin). Nous devons remercier MM. Pitres et Régis d'avoir publié une traduction de cette observation remarquable et difficile à se procurer[1]. Le malade décrit très bien les troubles de la volonté et de l'attention, le doute, la timidité, qui ont préparé la phobie et qui, à mon avis, jouent un grand rôle dans son explication.

MM. Piéron et Vaschide viennent obligeamment de me communiquer une observation également assez ancienne et peu connue du même phénomène publiée par le Dr Duboux en 1874[2]. « Parmi les causes de la rougeur, dit cet auteur, il me semble que le grand naturaliste (Darwin) en a oublié une très intéressante : cette cause de rougeur est la crainte de rougir. Supposez qu'un individu rougisse une première fois sous l'une des influences indiquées par Darwin (telle que la honte ou la pudeur). Le sentiment qu'il éprouve en sentant sa face s'empourprer est pénible et humiliant : il cherche à refouler cette bouffée sanguine ; ses efforts sont inutiles et vont même directement contre leur but ; la rougeur n'en devient que plus intense. Il redoute d'être exposé de nouveau à une confusion pareille : le fait de l'apparition et de la résistance amène une rougeur plus intense que celle de la honte. Il sait

1. Casper, Biographie d'une idée fixe, traduite par le Dr Lalanne, publiée par MM. Pitres et Régis. *Arch. de neurol.*, 1902, I, p. 270.

2. Duboux, à propos de la rougeur, *Bull. de la Soc. méd. de la Suisse Romande*, septembre 1874, p. 317.

maintenant qu'il suffit de craindre de rougir pour rougir ; il ne pourra s'empêcher de craindre et de rougir.

Lorsqu'il se sentira exposé aux regards, particulièrement à ceux de l'autre sexe, la crainte de rougir viendra l'assaillir et la honte anticipée empourprera son visage, toute lutte est inutile : sous l'influence de la volonté, la face peut présenter d'abord une pâleur légère, remplacée bientôt par la rougeur redoutée. Il pourra même arriver que seul, à l'abri de tout regard, l'individu rougisse, s'il craint, pour son cerveau par exemple, l'influence de la congestion. Cette crainte constante à chaque instant réalisée devient pour l'individu un supplice de Tantale renversé ; du naturel peut-être le plus hardi et le plus sociable, il deviendra d'une timidité et d'une sauvagerie ridicules ; il évitera toutes les occasions de se produire, il recherchera la solitude ; les devoirs de société et quelquefois les devoirs professionnels lui deviendront horriblement pénibles ; sa vie sera littéralement brisée par une niaiserie.

Cette sorte de *névrose* ou de *psychose,* moins rare qu'on ne pourrait le croire, est surtout fréquente chez les femmes. Parmi les individus affectés, je connais un certain nombre de personnages éminents dans les sciences ou la politique, et entre autres un physiologiste célèbre que toute science ne préserve pas et dont la timidité est proverbiale. » Cette observation intéressante surtout par sa date relève déjà le caractère pathologique du phénomène, le rattache aux névroses et aux psychoses sans bien indiquer cependant l'analogie avec les autres phobies.

Westphal, en 1877, dans un mémoire sur les obsessions, cite un cas semblable. M. Boucher (de Rouen) a publié en 1890 un cas intéressant[1] et tout à fait net de cette phobie. Les auteurs qui ont le plus attiré l'attention sur le phénomène et qui lui ont donné le nom sous lequel il est connu sont MM. Pitres et Régis[2]. Au mot érithrophobie qui désigne la peur d'une couleur rouge quelconque, ils ont substitué le mot ereuthophobie (ἐρευθος, rougeur de la honte). Leur travail a été l'occasion d'une foule d'études sur cette phobie particulière et sur son interprétation. On en trouvera la bibliographie dans le dernier travail de

1. Boucher (Rouen), Sur une forme particulière d'obsessions chez une héréditaire. Congrès de méd. mentale de Rouen, 1890. *Arch. de neurol.*, 1890, II, p. 280.

2. Pitres et Régis, Obsession de la rougeur (éreutophobie). *Arch. de neurol.*, 1897, I, p. 1.

MM. Pitres et Régis[1] et dans la dernière étude dont j'ai eu connaissance, celle de M. Claparède[2].

J'emprunte à ce dernier auteur un résumé rapide de l'aspect caractéristique d'un malade éreutophobe : « il n'ose plus se montrer en public, ni même sortir dans la rue. S'il s'agit d'une femme, elle n'ose plus rester en présence d'un homme de peur que sa rougeur intempestive ne soit l'occasion de propos malveillants sur son compte, s'il s'agit d'un homme, il fuira les femmes. Comme cependant les nécessités de la vie oblige l'éreuthophobe à ne pas vivre absolument isolé, il va inventer certains stratagèmes pour masquer son infirmité. Au restaurant, il se plongera dans la lecture d'un journal pour qu'on n'aperçoive pas son visage ; dans la rue, il se dissimulera sous son parapluie, son parasol ou sous les larges ailes de son chapeau. Il sortira de préférence le soir, à la nuit tombante, ou, au contraire, par une journée de grand soleil, afin que son teint écarlate n'ait rien d'extraordinaire. S'il est pris à l'improviste, il s'essuiera la figure avec son mouchoir, se mouchera, fera semblant de ramasser un objet sous un meuble ou ira regarder par la fenêtre afin de dissimuler la rougeur qui vient. Parfois il recourt à la poudre de riz, plus souvent à l'alcool ; il espère par ce dernier moyen noyer sa coloration morbide dans celle de l'éthylisme. Pour un motif analogue il supplie le médecin ou le pharmacien de lui donner une drogue qui lui teigne le visage en rouge. Il cherche et combine dans sa tête tous les moyens de remédier à son mal. Cette crainte perpétuelle, cette incertitude, à chaque instant, du moment qui va suivre, retentit sur tout son caractère, l'aigrit, l'irrite. La vie de l'éreutophobe est un véritable calvaire : à chaque pas, il voudrait en avoir fini avec cette insupportable existence et va jusqu'à maudire l'être qui lui a donné le jour. »

Quelques auteurs, en particulier M. Thibierge, ont rangé cette maladie parmi les dermatophobies à côtés des syphiliphobies et des acarophobies. Ce n'est pas, je crois, mettre suffisamment en relief le caractère essentiel de l'éreutophobie. Il ne faut pas croire en effet que la rougeur du visage soit le caractère essentiel de l'éreutophobie ; comme je l'ai déjà remarqué à propos

1. Pitres et Régis, Éreutophobie. *Arch. de neurol.*, mars 1902, p. 181.

2. Ed. Clarapède, L'obsession de la rougeur à propos d'un cas d'éreutophobie. *Arch. de psychologie de la Suisse romande*, 1902, p. 307.

des obsessions, bien des gens ont la rougeur émotive du visage sans être des éreutophobes et il y a des éreutophobes comme Nadia qui sont incapables de rougir réellement.

Il est facile de voir que le fait de la rougeur du visage a peu d'importance dans cette phobie, qu'il joue simplement le rôle d'un prétexte pour justifier une angoisse dont l'origine est plus profonde. Pour le comprendre, il faut remarquer que l'obsession de la rougeur se transforme bien souvent et que d'autres prétextes empruntés presque toujours à l'apparence du visage succèdent à l'éreutophobie ou la précèdent ou alternent avec elle. Ainsi que je l'ai déjà montré dans une étude précédente [1], Toq..., actuellement angoissé par la pensée qu'il a les joues rouges, a eu autrefois des angoisses à la pensée de ses moustaches qui auraient poussé trop tôt. Per... (162), femme de 48 ans, autrefois éreutophobe, a maintenant la phobie des poils sur son visage. Ul... (45) a eu autrefois de 15 à 20 ans de l'éreutophobie proprement dite, maintenant, à 33 ans, elle n'a plus peur de rougir devant le monde, mais elle a peur de pâlir, d'avoir des convulsions dans la figure et surtout dans les yeux qui la rendraient laide et ridicule au moment de demander quelque chose à une personne.

En outre, il est impossible de séparer l'éreutophobie des angoisses provoquées par d'autres modifications de l'attitude ou du visage dans lesquelles il n'est pas question de rougeur. Klu..., bien qu'il parle correctement, a la peur de bégayer quand il se trouve devant des étrangers, il ne peut se faire inscrire à une école, il ne peut demander son chemin à un agent, ni prendre un billet de chemin de fer, tellement il est angoissé à la pensée qu'il pourra non pas rougir, mais bégayer devant ces personnes. D'autres, comme Pol..., ont des angoisses à la pensée d'une cicatrice qu'elles ont sur le nez, quand elles sentent que des étrangers peuvent la remarquer, c'est la maladie que Morselli a décrite sous le nom de *dysmorphobie* [2]. Tk... (145), jeune homme de 24 ans, a *la phobie de sa mâchoire* qu'il croit trop grande. Bechterew a décrit le malade épouvanté par *le sourire obsédant* qu'il a constamment sur les lèvres et nous rencontrons souvent des types analogues : une jeune femme de 37 ans, Wyb...

1. La maladie du scrupule et l'aboulie délirante, *Revue philosophique*, 1901, I, p. 337 et 507.
2. Morselli, La dysmorphophobie et la taphéphobie. *Riforma medica*, 1891, n° 158.

est très troublée depuis la mort de son mari, « elle ne peut voir des hommes sans faire des petites grimaces qui ressemblent à des sourires, » on doit la trouver inconvenante et provocante. Cette phobie du sourire a été le point de départ de toute une série d'obsessions scrupuleuses et criminelles. A côté de ces cas on pourrait placer l'observation de Wgn.., jeune homme de 26 ans, angoissé à cause de la paralysie de ses lèvres « incapables de jamais sourire naturellement ». On a déjà vu à propos des obsessions, le cas de Wye... (144) dont les angoisses sont provoquées « par la raideur du visage et les mouvements mécaniques des membres, » on pourrait énumérer toutes sortes de variétés de ces phobies tout à fait analogues, à mon avis, à l'éreutophobie proprement dite.

Le caractère essentiel qui se retrouve en effet dans toutes ces phobies, c'est le sentiment d'être devant des hommes, d'être en public et le fait d'*avoir à agir en public*. M. Hartenberg a raison de rattacher l'éreuthophobie aux maladies de la timidité [1]. Tous ces malades n'ont aucune peur de rougir ou de pâlir, ou de grimacer, ou de sourire ou de ne pas sourire quand ils sont seuls et la rougeur ou la grimace, si elle survenait à ce moment, ne les impressionnerait aucunement. On pourrait donc appeler ces phénomènes des *phobies sociales* ou des phobies de la société.

Dans ce groupe rentreront aussi les phobies du mariage qui sont si fréquentes (Hnu... (87), De...)[2]. On peut y rattacher aussi des phobies en rapport avec certaines situations sociales. Bal... (155) est épouvantée à la pensée de faire la classe devant des enfants. Ku... (42), femme de 37 ans, a de singulières terreurs à la pensée d'avoir des domestiques : sa bonne l'intimide, elle n'ose rien lui commander ni lui reprocher. Elle a surtout la terreur de son concierge et elle a des angoisses à la pensée qu'elle pourrait être mal avec ce fonctionnaire nécessaire.

Toutes ces phobies, qu'elles se rattachent au type de l'agoraphobie, de la claustrophobie, des phobies sociales, me paraissent avoir un point commun. Elles ne sont pas comme les précédentes uniquement en rapport avec un objet éveillant l'idée d'un acte, mais elles sont déterminées par la perception d'une situation et par les sentiments auxquels cette perception donne naissance.

1. Hartenberg, *Les timides et la timidité*, 1901, p. 201 (Paris, F. Alcan)
2. *Névroses et Idées fixes*, II, p. 87.

6. — *Les phobies des idées.*

Les phobies se développent souvent encore sans qu'il y ait à leur point de départ, ni une sensation localisée, ni la perception d'un objet, ni même la perception d'une situation; elles surviennent simplement à la suite d'une idée qui se présente d'une manière abstraite dans l'esprit du malade. Il suffirait de répéter ici toutes les idées obsédantes qui ont été étudiées dans le premier chapitre. Presque toutes ces idées s'accompagnent de phobies. A propos des obsessions sacrilèges on remarquera la phobie du démon, de l'enfer, du blasphème, etc. Un malade comme Ki... (219) éprouve ces émotions angoissantes à propos de toutes pensées religieuses ou philosophiques. Il faut qu'il évite de penser à Dieu ou à la religion et pendant une période il avait pris en horreur l'idée abstraite de la causalité qui le faisait penser à la création et à la divinité. L'idée d'infini qui déterminait chez Vil... des ruminations si remarquables s'accompagnait souvent de phénomènes d'angoisse bien caractéristiques.

Il en sera de même pour les idées criminelles. Leg... vit dans la crainte de désirer du mal au monde ; elle a peur de penser à faire venir des enfants difformes. On... (221) a des angoisses à propos de l'idée de mentir, de l'idée « de suivre des femmes au théâtre ». Za... (216) a eu cette émotion à la pensée qu'il pourrait copier à un examen et il l'a maintenant à la seule pensée d'un examen. Ces malades redoutent toutes les circonstances comme les conversations ou les lectures qui pourraient faire naître ces mêmes idées. C'est ainsi que We... (170) a peur des journaux et même a peur de l'imprimerie parce que les journaux dans leurs faits divers éveillent la pensée des crimes. Ils finissent par avoir peur des imaginations les plus vagues, des pensées les plus abstraites. We... a peur de chercher à se représenter en imagination le membre viril et Za... a peur « de se représenter une idée quelconque parce que ce pourrait être une idée mauvaise ».

Mêmes observations encore pour les obsessions de honte. Ceux qui ont l'obsession de la folie, et ils sont nombreux, ont cette émotion à propos de la pensée de la folie. « Je souffre, dit Léo..., à la pensée que je deviens folle. Je me vois enfermée, je me sens l'air idiote et cela me donne une angoisse horrible. » Byp... (180), femme de 28 ans, croit voir son frère qui est enfermé à

Sainte-Anne, venir au-devant d'elle et elle l'entend qui lui dit : « tu seras folle comme moi. » A ces mots elle souffre à en défaillir au milieu de la rue. De..., femme de 33 ans, a une idée fixe assez compliquée qui tient à la fois de la honte de soi et de la honte du corps. Elle ne peut concevoir sans horreur la pensée du mariage parce qu'elle s'en croit tout à fait indigne au point de vue moral et aussi au point de vue physique. Ce sont des sentiments d'incapacité pour tenir sa maison, pour remplir ses devoirs, pour élever des enfants et en même temps des idées de difformité des organes génitaux, des pensées de n'être pas comme toutes les femmes. Nous connaissons tous ces faits et ce cas s'ajoute seulement aux précédents, mais ce qu'il faut ajouter ici c'est que la pensée des fiançailles rend cette femme malade et que des amis maladroits en insistant pour la marier ont déterminé une crise de terreur et même des accidents délirants analogues à la confusion mentale, sur lesquels il nous faudra revenir quand nous parlerons des complications du délire du scrupule. Les regrets de vocation amènent chez Gisèle... (171) et chez Ri...[1] de grandes angoisses dès que l'une a l'idée de la vie religieuse et dès que l'autre pense au métier d'institutrice. De même, Nadia a des angoisses quand elle pense seulement à engraisser, quand elle se figure seulement qu'on pourrait lui trouver meilleure mine. Toutes nos obsessions de la honte du corps s'accompagnent en réalité de phobies.

Enfin il suffit de signaler les innombrables phobies liées aux idées hypocondriaques. Morselli en signalait une curieuse, sous les noms de *taphéphobie*, c'est-à-dire la crainte d'être enterré vivant[2]. Ol..., femme de 37 ans, a des angoisses à la pensée des chaleurs, de la fièvre typhoïde, du suicide, etc. Il est inutile de rappeler que Jean a des phobies en pensant aux méningites et aux congestions et que Pn... (139) est pris par des crises d'angoisse à la seule pensée qu'on pourra lui trouver l'air malade, ce qui est juste le contraire de Nadia. Parmi les phobies plus banales il faut mettre au premier rang la phobie de l'idée de la mort. Ml... (156), femme de 40 ans, est d'abord obsédée par le visage de sa fille qui vient de mourir. Nous avons déjà discuté ce qu'il faut penser de ces hallucinations. A la suite d'une petite opéra-

1. *Névroses et Idées fixes*, II, p. 148.
2. Morselli, *La Riforma medica*, 1891, n° 185.

tion pour un abcès au cou, elle reporte ses idées de mort sur elle-même et elle a des angoisses épouvantables dès qu'elle pense à la mort ou même à la vie.

Il est bon de remarquer que ces phobies des idées se mêlent intimement avec toutes les phobies précédentes : très souvent, comme le remarque Legrand du Saulle, il suffit du souvenir d'un objet ou d'une situation pour reproduire la crise ; la seule vue d'un dessin qui représente l'intérieur de Saint-Pierre-de-Rome le fait chanceler sur ses jambes[1]. Chez beaucoup de nos malades il en est de même : la seule pensée de la femme produit chez Jean « un état fastidieux » et la pensée d'aller seule à une leçon de dessin donne mal au cœur à Dob...

D'autre part dans les phobies d'objets ou de situation se mêlent souvent des idées compliquées. Un malade de Westphall a de la claustrophobie dans un théâtre ; mais c'est qu'il se répète des pensées de ce genre : « qu'est-ce que je deviendrai si le feu éclate dans la salle et si à ce moment-là j'ai un accès ? je ne pourrai pas me sauver[2]. » Jean dans toutes ses phobies fait ou a fait des raisonnements semblables.

On voit qu'il y a un grand nombre d'opérations intellectuelles qui peuvent déterminer ces phobies comme précédemment les sensations, les perceptions, ou les sentiments.

2. — Les agitations émotionnelles diffuses. Les angoisses.

Il suffit de répéter brièvement à propos des phobies ce que nous avons déjà étudié à propos des manies mentales : ni au point de vue clinique, ni au point de vue psychologique, ces diverses phobies ne forment des phénomènes véritablement distincts les uns des autres. M. J. Falret faisait déjà remarquer très justement que toutes ces peurs sont solidaires les unes des autres : « l'agoraphobie se rencontre souvent, disait-il, chez le même individu avec la peur d'une épée nue, la crainte de tomber d'une fenêtre, la frayeur en voiture ou le délire du toucher ». Ball sou-

1. Legrand du Saulle, *Agoraphobie*, p. 15, 23, 57.
2. Id., *ibid.*, p. 8, 18.

tenait la même opinion quand il proposait d'englober tous les cas d'agoraphobie, de claustrophobie, de topophobie sous le titre commun de phénomènes vertigineux[1]. Cette conception me paraît beaucoup plus juste que celle soutenue par Legrand du Saulle et par quelques autres auteurs qui voulaient faire de certaines de ces phobies et en particulier de l'agoraphobie des maladies distinctes.

On peut facilement remarquer que les mêmes noms de malades sont cités à propos des diverses phobies : Jean en particulier les a eues à peu près toutes, et quand on le guérit de l'une, il retombe dans l'autre. La différence entre une agoraphobie et une phobie du contact n'existe guère que dans des circonstances extérieures qui ont modifié l'aspect d'une même disposition psychologique fondamentale. En effet toutes ces phobies semblent constituées par deux groupes de phénomènes, l'un accessoire et variable, l'autre fondamental et immuable. Les phénomènes accessoires sont les sensations, les perceptions, les sentiments qui provoquent un état de trouble, qui se mêlent avec lui et lui donnent un aspect particulier ; le phénomène essentiel qui se retrouve toujours c'est une perturbation de tout l'individu physique et moral désignée d'une manière générale sous le nom d'angoisse. De même que les manies mentales nous conduisaient au phénomène de la rumination, les tics au phénomène de l'agitation motrice, de même toutes les phobies nous conduisent à l'étude de l'angoisse.

1. — *L'angoisse diffuse.*

Les diverses phobies présentent le phénomène de l'angoisse associé et combiné avec des sensations, des perceptions ou des sentiments ; ce phénomène peut aussi se présenter indépendamment d'une phobie déterminée. On a souvent remarqué que certains malades sont dans un état constant d'anxiété diffuse : « En outre de toutes les phobies particulières, disait M. Ribot, il existe quelques observations d'un état vague mais permanent d'anxiété ou de terreur qu'on a nommé panophobie ou pantophobie ; c'est un état où l'on a peur de tout et de rien, où l'anxiété, au lieu d'être rivée à un objet toujours le même, flotte comme dans un rêve et ne se fixe que pour un instant au hasard des circon-

1. Ball, Les frontières de la folie. *Revue scientifique*, 1883, I, p. 4.

stances, passant d'un objet à un autre [1]. » Morel [2], Weir Mitchell Mac Farlane décrivaient déjà ces « états d'anxiété », ces états d'angoisse. Récemment M. Freud [3] a beaucoup insisté sur cet état constituant ce qu'il appelle « la névrose d'angoisse ».

MM. Pitres et Régis, qui font de cet état d'anxiété diffuse le phénomène essentiel des phobies et des obsessions, en rapportent des cas remarquables parmi lesquels je rappellerai celui-ci. Une dame de 52 ans, nerveuse, impressionnable ressentit un grand chagrin à la suite de la mort de sa mère, il y a 12 ans ; elle présente à ce moment une grande dépression morale sans troubles morbides proprement dits. Trois ans après, à la suite d'une autre mort, celle d'une amie, elle entra dans un état d'émotivité morbide diffuse, avec « attente anxieuse ». La malade était constamment en état de souffrance vague, en état latent d'angoisse, qui éclatait sous forme de paroxysme à la moindre occasion. Une voiture passait-elle pendant qu'elle marchait sur le trottoir dans la rue, aussitôt elle tombait en crise, craignant qu'une roue ne se détachât et ne vînt à l'écraser. Au moindre vent, une tuile allait glisser d'un toit et lui fendre la tête. A table les aliments allaient l'étouffer. D'autres fois, à peine sortie de chez elle, l'angoisse survenait, s'objectivant sur cette idée que quelqu'un des siens venait peut-être de mourir tout d'un coup et elle était forcée de revenir sur ses pas pour se rassurer. Chaque événement, chaque incident, chaque acte de sa vie devenait ainsi matière à décharge pour son angoisse momentanément spécialisée par le hasard [4].

Les observations de ce genre sont parmi les plus banales, on peut reprendre beaucoup des cas précédents et remarquer que chez certains sujets les phobies se multiplient. L'angoisse ne se produit pas à propos d'un seul objet, mais à propos d'un grand nombre. On ne peut énumérer les objets qui dans certaines circonstances sont susceptibles de faire naître l'angoisse chez Jean, tout ce qui se rapporte au sexe, tout se qui se rapporte à la poste, tout ce qui se rapporte à la politique, à la religion, à la santé, à la mort, etc. L'angoisse finit par être presque indéter-

1. Ribot, *Psychologie des sentiments*, 1896, p. 211 (Paris, F. Alcan).
2. Morel, *Délire émotif*, p. 395.
3. S. Freud, Obsessions et phobies. *Revue de neurologie*, 30 janvier 1895.
4. Pitres et Régis, Séméiologie des obsessions et des idées fixes, *Rapport au congrès de médecine de Moscou*, 1897, p. 19.

minée et se reproduit continuellement à propos de n'importe quoi : elle peut être considérée comme diffuse.

Il y a des cas plus nets encore où l'angoisse est presque permanente, ou se produit par accès très répétés, sans que le sujet attache aucune pensée à ces angoisses, sans qu'il donne même une justification apparente d'ordre intellectuel, comme on a vu que Jean le fait toujours. Une femme de 38 ans, Cs... (41), toujours émotive et impressionnable, a été très bouleversée vers l'âge de 31 ans. Elle relevait à peine d'un accouchement quand la garde commit la maladresse de lui dire que l'enfant ne respirait pas et paraissait mort; elle sentit comme un violent choc dans la tête, et depuis resta toute changée. Cette première perturbation dura plusieurs mois et se guérit à peu près. Il y eu une rechute terrible quand un médecin lui demanda si elle n'avait pas d'albumine dans les urines. Depuis ce moment elle est restée pendant plus de trois ans dans l'état suivant. Une dizaine de fois par jour, sans aucune espèce de raison, de prétexte, au moins en apparence, elle se met à s'agiter, elle remue, frappe les meubles, elle prend une respiration haletante, le cœur bat rapidement, elle pleure, se désole, se plaint d'être souffrante, malheureuse, d'attendre elle ne sait quoi, d'avoir peur de quelque chose d'inconnu. Jamais elle n'a une peur précise, une raison à son désespoir ; de temps en temps elle prétend bien que les personnes présentes lui ont dit un mot qui l'a impressionnée, mais elle ne sait pas pourquoi ce mot l'a impressionnée, et souvent elle n'invente aucune raison. C'est la crise d'angoisse pure, sans éléments intellectuels, et se produisant d'une manière tout à fait diffuse.

Je voudrais insister un peu sur l'observation de Ku... (42) parce que les détails de ce cas joueront un rôle dans l'interprétation des phénomènes. C'est une femme de 37 ans, toujours faible et timide ; toute sa vie elle a été tourmentée par la crainte de blesser les gens, par ce besoin d'un milieu sympathique sur lequel je reviendrai, car il est un des caractères les plus curieux de l'esprit des scrupuleux. Il y a dix-huit mois un incident ridicule a changé son existence ; elle a été appelée comme témoin par le commissaire de police pour donner son opinion sur la conduite d'un de ses voisins. Cet incident a suffi pour la mettre dans un état tout à fait anormal qui a duré plusieurs années. Cette longue maladie peut se diviser en trois périodes : dans la première qui a duré trois mois il y a eu grande agitation mentale, une rumination

perpétuelle et diffuse à laquelle nous avons déjà fait allusion; dans la seconde qui a rempli une dizaine de mois, l'agitation a été surtout motrice, c'est une de ces malades avec pseudo-crises d'hystérie que j'ai examinées à propos de l'agitation diffuse. Enfin la maladie a pris une troisième forme : « les crises sont bien plus douloureuses, dit la malade, parce qu'elles sont devenues internes. » Cela signifie dans son langage qu'il y a beaucoup moins de mouvements convulsifs des membres, de cris et de gesticulations, mais que ces mouvements extérieurs sont remplacés par des mouvements viscéraux : spasmes du diaphragme et du ventre particulièrement curieux, trémulation perpétuelle de l'abdomen qui remplace la respiration, nausées, vomissements, diarrhées, etc. Ces angoisses surviennent à chaque instant par crises plus ou moins longues à propos de tous les incidents possibles, en réalité sans rime ni raison. Il y a un état d'angoisse presque perpétuel, « une angoisse vague qui flotte dans l'air, disait Freud, et qui ne demande qu'à se fixer sur n'importe quoi. »

On retrouvera un grand nombre d'observations semblables dans le second volume de cet ouvrage. Je renvoie en particulier à celles de Gy... (46), de Jo... (43), de Hb... (47), Dn... (49). Les angoisses de cette dernière malade sont particulièrement remarquables parce qu'elles se produisent une dizaine de fois pendant le sommeil de la nuit et ne surviennent le jour que si la malade essaye de s'endormir. Il faudra revenir sur ce fait en étudiant les conditions pathogéniques de l'angoisse. Ces quelques observations sont suffisantes pour montrer que l'angoisse ne prend pas toujours la forme systématique des phobies, mais que très souvent elle est vague, diffuse, sans rapport avec un phénomène intellectuel déterminé. Cette forme semble si importante que certains auteurs, comme M. Freud, ont voulu en faire une maladie spéciale, distincte de l'obsession et de la neurasthénie, sous le nom de névrose d'angoisse. C'est une interprétation clinique qu'il faudra discuter.

2. — *Troubles physiologiques de l'angoisse.*

Après avoir constaté les diverses formes systématisées ou diffuses que l'angoisse peut revêtir il faut maintenant considérer ce phénomène en lui-même et voir de quels éléments il est composé dans la plupart des cas où il se présente, il faut rechercher les

caractères généraux de l'angoisse. Ces caractères me semblent de deux espèces : un grand nombre sont des caractères physiologiques qui seront étudiés en premier lieu, mais il me semble qu'il y a un second groupe composé par des phénomènes psychologiques et dont l'étude ne doit pas être négligée.

M. Freud énumère ainsi les principales formes que peut prendre la crise d'angoisse, c'est-à-dire les principaux phénomènes qui la constituent et qui dans tel ou tel cas peuvent se développer isolément :

1° Des troubles cardiaques avec palpitations, arythmie, tachycardie, allant jusqu'aux états asystoliques les plus graves ;

2° Des troubles respiratoires dyspnée : nerveuse, accès d'asthme ;

3° Les désordres de l'appareil digestif : accès de fringale ou de boulimie, faim paroxystique, souvent associée à des vertiges, soif paroxystique, diarrhée périodique ou chronique ;

4° Des accès de vertiges ou d'étourdissements, ils consistent en un malaise spécial accompagné de l'impression que le sol se déplace, que les jambes s'effondrent, ils peuvent même amener des accès d'évanouissements profonds ;

5° Des paresthésies ;

6° Des terreurs nocturnes ou réveils angoissants ;

7° Des frémissements musculaires et des tremblements ;

8° Des sueurs profuses survenant souvent la nuit ;

9° Des phénomènes vasculaires et congestifs analogues à ceux que l'on observe dans la forme vaso-motrice de la neurasthénie ;

10° Du ténesme et des besoins impérieux d'uriner[1].

Les autres phénomènes que M. Freud ajoute : l'irritabilité générale, l'incapacité de supporter aucune excitation sensorielle, l'attente inquiète, l'obsession, se rapportent plutôt aux troubles psychologiques.

M. Hartenberg ajoute quelques symptômes intéressants, des accès de bâillements, le phénomène du doigt mort, des amaigrissements périodiques.

J'insiste seulement sur les phénomènes physiologiques qui se sont présentés le plus fréquemment chez mes malades et je

1. S. Freud, de Vienne, Sur la légitimité de séparer de la neurasthénie un syndrome défini sous le nom « de névrose d'angoisse ». *Neurolog. Centralblatt*, 1895, n° 2, résumé par Hartenberg, *La névrose d'angoisse*, 1902, p. 3.

n'étudie ici que les phénomènes de la crise d'angoisse en laissant de côté des troubles généraux de la santé qui persistent en dehors de l'attaque d'angoisse proprement dite.

Je désirais soumettre ces troubles à une analyse précise et autant que possible prendre quelques mesures et quelques graphiques, ainsi que j'avais pu le faire pour un certain nombre de phénomènes hystériques. Je dois faire observer que de telles études sont beaucoup plus difficiles sur ce genre de malades et je suis un peu étonné quand je vois bien des auteurs parler avec tant d'assurance des modifications physiologiques des psychasthéniques, comme s'ils avaient pu les observer et les mesurer avec précision. Leurs crises d'angoisse ne se produisent pas à heure dite, au moment le plus favorable à l'observation. Bien au contraire, il y a dans l'état mental de ces malades des dispositions curieuses qui empêchent les crises de se produire de cette manière. Nous avons vu qu'ils peuvent presque toujours arrêter ou supprimer leurs crises quand il y a des étrangers à qui ils veulent les cacher. Claire, qui se roule par terre dans ses crises d'efforts, se relève aussitôt dès que quelqu'un entre et rajuste avec le plus grand calme le désordre de sa toilette. Dans ces conditions consentiront-ils à laisser venir leur crise dans le laboratoire? En outre nous verrons plus tard un autre caractère intéressant, c'est qu'ils sont très facilement consolés, rassurés par la présence de la personne qui les soigne ou simplement les étudie. « Comment voulez-vous que j'aie des angoisses devant vous, me répète Jean, mais chez vous, c'est le seul endroit où je sois tranquille, je voudrais être toujours auprès de vous et je n'aurais jamais de mal. » Par définition même l'agoraphobe a des terreurs dans la solitude, il ne les aura pas dans un laboratoire, quand il est examiné par son médecin. C'est pourquoi à mon grand regret je n'ai pu réunir autant de documents précis, de graphiques que je l'aurais voulu sur ces troubles. J'ai éprouvé, je l'avoue, une déception quand j'ai dû constater que sur deux cents malades observés pendant des années, j'ai eu assez rarement l'occasion favorable pour observer moi-même dans de bonnes conditions ces grands phénomènes émotionnels dont les malades parlent toujours mais qui s'effacent très rapidement dès qu'on désire les analyser.

Cependant j'ai pu faire quelques expériences en petit nombre dont je crois devoir tenir compte dans l'analyse de ces perturbations physiologiques.

Ces malades se plaignent beaucoup d'éprouver pendant l'angoisse des troubles du mouvement des membres. Je ne parle pas ici des grandes agitations qui peuvent quelquefois accompagner les angoisses. Les excitations motrices sont d'ordinaire peu compatibles avec l'angoisse proprement dite, quand il y a grande souffrance morale le mouvement extérieur n'est pas très considérable, et réciproquement.

Ce que l'on observe souvent ce sont des spasmes, des secousses, chez Dob... par exemple, ces sortes de crampes qui ne vont jamais jusqu'à la contracture chez Mb..., et surtout du tremblement des bras et des jambes (Cum..., Bo..., Vim...[1], Dob..., etc.). Chez Buc... ce tremblement des jambes a même été pris dans un examen pour du clonus. Quand le malade est calme il est évident qu'il n'y a aucun tremblement épileptoïde de la jambe et que celui-ci est dû au trouble émotionnel.

Beaucoup de malades se plaignent d'être comme paralysées de perdre toute force dans les membres, « mes jambes, dit Fie..., femme de 35 ans, sont comme de la laine, je me sens tomber par terre », « tantôt mes jambes se dérobent sous moi, dit Vim..., tantôt ce sont mes bras qui m'abandonnent. Il n'y a pas moyen de tenir la plume pour écrire ». « Je vais tomber par terre, la terre m'attire, dit Dob... » J'ai voulu vérifier cette faiblesse musculaire qui n'est pas sans quelque importance.

A plusieurs reprises j'ai pu examiner ces malades qui prétendent être paralysés pendant l'angoisse : la paralysie ou même la parésie est un phénomène qui doit se vérifier assez facilement. Eh bien, je n'ai pas pu constater autre chose qu'un leger degré d'affaiblissement de l'énergie du mouvement volontaire qui disparaissait assez vite dès que l'on encourageait le sujet. Lkb... prétend avoir les bras paralysés pendant l'angoisse ; j'ai pris la force de ses mains au dynamomètre de Chéron-Verdin d'abord pendant son état le plus normal, puis pendant la crise, en faisant serrer dix fois l'instrument et en prenant la moyenne. Voici la série des chiffres obtenus à l'état normal :

Main droite : 24, 21, 21, 24, 19, 22, 24, 23, 23, 23, moyenne 22,4 ;

Main gauche : 21, 22, 24, 21, 19, 19, 19, 21, 21, 21, moyenne 21,0.

1. *Névroses et Idées fixes*, II.

Autre expérience également à l'état normal :

Main droite : 25, 24, 23, 23, 24, 24, 23, 24, 22, 25, moyenne 23,7 ;

Main gauche : 25, 26, 23, 24, 23, 25, 25, 25, 25, 25, moyenne 24,6.

Voici maintenant l'expérience qui a pu être faite une fois pendant l'état pathologique :

Main droite : 22, 25, 24, 22, 22, 23, 25, 23, 23, 25, moyenne 23,4 ;

Main gauche : 21, 21, 21, 20, 21, 19, 20, 21, 19, 21, moyenne 20,4.

L'expérience n'est malheureusement pas assez répétée pour donner des conclusions bien nettes, on peut remarquer que même à l'état normal la force est faible, et qu'il n'y a pas de grandes variations au cours des dix pressions consécutives, le sujet me paraît faire peu d'efforts, même au début et se fatiguer peu, cela se rattache à son aboulie générale. Mais ce qui est frappant, c'est le peu de différence entre les séries obtenues à l'état normal et celles qui sont obtenues pendant l'angoisse. La paralysie dont se plaint cette malade n'est pas bien facile à apprécier objectivement. J'arrive au même résultat chez 3 autres malades : la différence entre les moyennes de dix pressions faites dans l'état normal et les moyennes de dix pressions pendant l'angoisse est insignifiante.

Si on constate difficilement de la paralysie véritable, on observe souvent de l'ataxie, de l'incoordination. Les mouvements sont troublés par les secousses et les spasmes et ils manquent de précision. On constate que les actes délicats ne peuvent plus être exécutés, Nadia cesse de pouvoir jouer du piano et Jean ne peut plus écrire. Son écriture devient déplorable toutes les fois qu'il est troublé, et pendant les crises d'angoisse il est incapable de tenir une plume. En dehors des phobies de la parole qui, bien entendu, rendent le langage impossible, dans beaucoup d'angoisses la parole devient saccadée, hésitante, embrouillée. Certains malades ont pendant ces crises une parole tout à fait spéciale qui permet de reconnaître leur état.

Si nous passons aux fonctions viscérales il faut rappeler que les angoisses d'un certain nombre de malades déterminent des excitations génitales. Chez les uns comme chez Jean, ces excita-

tions et les érections sont en rapport avec des obsessions érotiques et l'on peut dire que ce sont les rêveries des sujets qui ont amené l'excitation.

Mais chez d'autres et en particulier chez Claire et chez plusieurs autres l'excitation génitale se produit la première comme une sorte de dérivation de l'angoisse ou de l'agitation motrice et les obsessions érotiques ne viennent qu'à la suite. Hb... (47), femme de 40 ans, toujours timorée et scrupuleuse, est restée toute sa vie très calme au point de vue génital. A la suite de la mort de son père, elle se sent seule et abandonnée, elle a des crises de désespoir. A ce moment elle a une excitation génitale, jusque-là inconnue et ne peut résister au besoin de se masturber. « Après l'avoir fait elle se sent mieux, moins délaissée et plus courageuse. » On peut rattacher à cette excitation des organes génitaux de curieuses exagérations de sécrétion. Ku..., dans ses angoisses « perd de l'eau par le vagin comme une femme qui accouche ». Il ne s'agit pas d'une sécrétion purulente qui se rattache à quelque métrite, c'est une sécrétion aqueuse réellement très considérable qui n'existe qu'au moment de ces excitations et qui disparait ensuite.

Les troubles gastro-intestinaux en rapport avec l'obsession et l'angoisse doivent être importants, mais ils sont difficiles à étudier. En effet il ne faut pas oublier que tous ces malades ont au suprême degré l'état neurasthénique dans lesquels les troubles de l'estomac et de l'intestin sont fondamentaux. Presque toujours leur alimentation, leur digestion gastrique, leurs fonctions intestinales sont très défectueuses et cela d'une manière constante. Nous aurons à les étudier en examinant l'état général de leur santé physique. Mais il est bien difficile de constater si quelques-uns de ces troubles digestifs concordent exactement avec la crise d'angoisse. Chez beaucoup de malades il n'en est pas ainsi, nous aurons même à signaler chez Lise, par exemple, et chez Gisèle une sorte d'alternance entre les troubles psychiques et les troubles gastriques. Il faudrait maintenant constater des troubles digestifs aigus au moment de l'angoisse. Legrand du Saule remarquait déjà qu'ils sont rares et il fait observer que les agoraphobes ne vomissent pas, ce qui les distingue des autres vertigineux.

Cependant on constate quelquefois des troubles de l'alimenta-

tion et de la digestion qui coïncident avec l'angoisse. La plupart des malades refusent de manger pendant leurs angoisses. Ku... est restée six semaines presque sans alimentation, et il ne s'agissait pas ici d'un refus d'aliments dépendant d'une obsession, mais d'un dégoût en rapport avec l'angoisse. D'autres ont des crises de boulimie comme Lkb... (100) qui à ce moment voudrait dévorer, mais je ne suis pas sûr que cette boulimie dépende uniquement de l'état de l'estomac et ne soit pas en rapport avec un sentiment général de faiblesse que nous retrouverons parmi les troubles moraux.

Parmi ceux qui continuent à manger, un grand nombre comme Gr..., Bu..., Bx... (200) se plaignent de nausées pénibles, une seule malade Claire a rendu deux ou trois fois son repas au milieu de ses contorsions. Bien entendu nous mettons à part ceux qui ont des tics de vomissements, des crises d'efforts de vomissements, des phobies de la digestion, il faudrait tous les rappeler ici. Ce qui est plus fréquent c'est que les malades sans tics et sans phobies particulières se rapportant à la digestion souffrent cependant de la digestion, sentent l'estomac gonflé, le ventre serré, qu'ils ont des spasmes de l'œsophage, qu'ils sentent la boule qui monte à la gorge, qu'ils se plaignent d'avoir la bouche sèche, pâteuse et amère. Bx... a constamment ce mauvais goût dans la bouche tout le temps que dure la période de phobie. Chez quelques-uns ces troubles vont jusqu'à l'indigestion, quand la crise survient peu de temps après un repas.

Il faut noter aussi les crises singulières de diarrhée que l'on observe de temps en temps. Chez Xo... c'est un véritable flux intestinal répété et extrêmement pénible. Chez Gisèle, chez Lise c'est un état lientérique qui s'établit quand elles sont angoissées et les aliments sont rendus sans aucune digestion. Chez plusieurs, chez Gs... en particulier une sécrétion aqueuse continue à flots même quand les matières sont rendues par excitation des glandes de l'intestin. Il y a une hydrorrhée intestinale comme une hydrorrhée utérine et nasale et ces phénomènes de sécrétion exagérée jouent certainement un rôle dans la colite muco-membraneuse si fréquente chez les psychasthéniques.

Enfin il faut noter chez plusieurs de la pollakiurie et plus rarement de la polyurie vraie ; dans une demi-journée d'angoisse Claire rend trois litres d'urine. Plusieurs autres m'ont indiqué le même fait sans l'avoir mesuré.

Avec les fonctions de la circulation nous arrivons à des troubles qui sont plus nettement en rapport avec l'angoisse. Beaucoup de malades se plaignent de souffrir au cœur à ce moment et ils ont à ce propos comme toujours des descriptions imagées et symboliques. « Je ressens, dit Al... (15), quelque chose qui me resserre et me gêne à gauche et qui monte jusqu'à la gorge, c'est comme un caillot qui serait dans le cœur et qui arrêterait le sang », « je souffre horriblement, dit Mm... (5), femme de 32 ans, parce que le cœur déborde et que ce trop-plein du cœur se répand tout autour..., le cœur baigne dans l'ennui comme s'il avait été plongé dans un vase rempli d'ennui. » On ne connait guère le phénomène physiologique qui se cache sous ces métaphores.

Plusieurs malades comme Claire prétendent sentir qu'elles arrêtent leur cœur. Ce serait un phénomène plus facile à vérifier mais je n'ai jamais pu constater ces arrêts du cœur ni même de véritables ralentissements du pouls, les malades disent toujours qu'ils vont tomber en syncope, qu'ils se sentent près de s'évanouir, mais je n'ai jamais observé au cours de l'angoisse de véritables syncopes cardiaques. Les pertes de conscience sur lesquelles nous aurons à revenir sont de tout autre nature.

Ce que l'on constate véritablement, et cela d'accord avec le dire des malades, ce sont des palpitations cardiaques « mon cœur est déclanché, dit Fy..., il bat comme si l'on retirait le balancier d'une pendule. » Brk... parle des chocs violents de son cœur et Jean ne tarit pas sur ce sujet. D'après lui son cœur a non seulement des battements précipités, mais des battements énormes qui provoquent des chocs douloureux sur la poitrine et que l'on doit entendre au loin : ce déclanchement du cœur, comme il l'appelle lui aussi, est ce qu'il redoute le plus au maximum de l'angoisse, c'est pour l'éviter qu'il fait toutes ces opérations de rumination mentale. Il arrête ses battements en les comptant suivant sa manie quatre par quatre. J'ai déjà fait remarquer à ce propos que ce compte est purement imaginaire. Malgré les exagérations relatives à ces chocs cardiaques, il est certain à l'auscultation que leur cœur bat souvent très fort et très vite. Il n'est pas rare de constater 100, 110 pulsations par minute et plus, surtout chez ceux qui s'agitent beaucoup ; quelquefois comme chez Claire ces palpitations se prolongent toute une journée, même après la fin de la crise d'angoisse.

La pression du sang dans les artères est beaucoup étudiée aujourd'hui dans les états névropathiques : M. de Fleury croit que des modifications de la tension au-dessus ou au-dessous de la normale jouent un grand rôle dans la neurasthénie[1]. Je trouve pour ma part ces mesures de tension du sang assez difficiles à prendre chez l'homme. Je me servais au début de l'appareil de Chéron et j'ai remarqué que, si je faisais prendre par plusieurs personnes, puis par moi-même, la tension d'un sujet au même moment, nous arrivions à des résultats absolument discordants et cette contradiction m'a découragé. Depuis, je me suis servi de l'appareil de Potain et les résultats me semblent un peu plus précis, je ne crois cependant pas pouvoir attribuer à ces chiffres une extrême précision.

Beaucoup de sujets me semblent conserver une tension à peu près normale, Jean qui est si angoissé m'a présenté le plus souvent 14, 15 ou 16 ; sur trois sujets j'ai observé des chiffres de 19 et de 20, c'est-à-dire supérieurs à la normale, ce sont des sujets qui s'agitent ; chez deux autres : Lise et Gisèle les chiffres de 9 et de 11, ce sont des sujets qui semblent plutôt immobiles dans leur angoisse. Une seule observation m'a laissé une impression assez nette : Rk... est venu me trouver un matin parce qu'il avait été pris dans la nuit, à trois heures du matin, d'une de ses obsessions avec manie mentale d'interrogation qui avait peu à peu amené une angoisse. La figure était tout à fait décomposée, cet homme de 40 ans ordinairement sanguin était blême, il avait la peau froide, le cœur battait 60 pulsations seulement et la pression mesurée avec le sphigmomanomètre de Potain me paraissait nettement très basse, 9 ou 10 au plus. J'ai pu le remonter par une série de procédés, que j'indiquerai plus loin, le forcer au travail et à l'effort et je vis peu à peu sont teint changer, la figure se colorer. La pression que j'ai reprise était au moins de 16. Dans ce cas l'angoisse a manifestement coïncidé avec les symptômes d'affaiblissement cardiaque.

Mais j'hésiterais beaucoup à généraliser cette observation. D'autres auteurs, en particulier MM. Vaschide et Marchand[2] ont

1. De Fleury, *Les grands symptômes neurasthéniques*, 1901, p. 59 (Paris, F. Alcan).
2. Vaschide et Marchand, Contribution à l'étude de la psycho-physiologie des émotions à propos d'un cas d'éreutophobie. *Revue de Psychiatrie*, juillet 1900. Ufficio che le condizioni mentali hanno sulle modificazioni della respirazione et della circulazione periferica. *Rivista sperimentale di freniatra*, 1900.

constaté une augmentation de la pression artérielle de 2 centimètre et demi en moyenne. La pression normale de leur sujet était de 18,5 et sous l'influence de l'angoisse (il s'agissait d'un éreutophobe) elle s'élevait à 21 centimètres. J'ai observé moi-même cette élévation dans certains cas, sans compter les cas plus nombreux encore où la pression a été trouvée normale.

Les troubles des vaso-moteurs ont été également présentés comme essentiels. M. Ribot, avec Wundt et Mosso, croit que le relâchement momentané de l'innervation vaso-motrice cause la rougeur du visage et se présente comme une compensation de l'accélération des battements du cœur [1]. MM. Pitres et Régis font jouer un rôle considérable à cette dilatation des vaisseaux cutanés qui accompagne l'éreutophobie. Je fais simplement remarquer ici que ces phénomènes vaso-moteurs sont très variables dans l'angoisse : si on constate la rougeur chez quelques-uns, on observe chez d'autres une pâleur livide qui même me semble plus fréquente. Il y a quelquefois des alternatives assez rapides de rougeur et de pâleur ; enfin chez beaucoup la coloration des téguments reste tout à fait normale.

Les expériences que l'on peut faire sur l'état des vaso-moteurs de la main ne doivent pas être généralisées trop vite : il n'est pas certain que la circulation du reste du corps et surtout du cerveau présente les mêmes modifications. J'ai pu appliquer dans deux cas le plétismographe de MM. Hallion et Comte pendant des angoisses rendues évidemment plus modérées par l'expérience. Dans un cas le tracé de la circulation capillaire était identique à celui que j'avais pris pendant l'état normal. Dans l'autre le tracé des pulsations était fort réduit tandis qu'il était assez fort à l'état normal : cela indiquerait un certain degré de constriction vasculaire. MM. Vaschide et Marchand dans leur études sur un éreutophobe [2] constatent deux formes du pouls radial et du pouls capillaire suivant que l'émotion et l'angoisse sont faibles ou deviennent plus intenses, « à la première correspond un pouls rapide, avec un dicrotisme accentué et un sommet pointu et à la seconde un pouls lent, avec une pulsation rapetissante et un dicrotisme légèrement atténué. Le pouls capillaire ne présente aucun dicrotisme net ; sous l'influence d'une émotion de la première catégo-

1. Ribot, *Psychologie des sentiments*, 477.

2. Vaschide et Marchand, *op. cit.*, les tracés qui ne sont pas publiés dans l'article français se trouvent dans l'édition italienne, *Riv. sper d. freniatria*, 1900.

rie, il est rapide et la ligne graphique devient moins ondulée. L'idée de rougir provoque une légère vaso-dilatation, tandis que la présence d'une personne étrangère est accompagnée d'une vaso-constriction avec effacement considérable de la pulsation, le pouls se ralentissant. Dans les deux cas, le sujet rougit et pourtant on constate tantôt une vaso-dilatation, il est vrai, légère, tantôt une vaso-constriction, ce qui nous fait penser qu'il est prématuré d'admettre l'idée de vaso-dilatation comme synonyme de la rougeur [1] ».

Des troubles de la sécrétion sudorale s'ajoutent à ces modifications vaso-motrices, beaucoup de ces malades sont couverts de sueur. Ces sueurs sont naturelles chez Claire, car elle se livre à une gymnastique effrénée, mais d'autres comme Al..., Dv..., Ul..., Lkb..., etc., ont la figure et les mains couvertes de sueur quoiqu'ils gardent l'immobilité, comme la peau se refroidit par vaso-constriction en même temps que la sueur s'écoule, celle-ci paraît fréquemment froide [2]. Un malade curieux Rul..., homme de 40 ans, qui ne peut rester immobile sur une chaise et que nous avons présenté comme un cas d'*akathisie*, a le front couvert de grosses gouttes de sueur si on le force à rester assis plus de quelques minutes.

Les troubles physiologiques les plus visibles et les plus incontestables sont toujours les troubles des mouvements respiratoires. Tous les malades qui ont des angoisses se plaignent de ne pas respirer, d'étouffer ; Lkb... se plaint d'avoir des resserrements à la poitrine, des gênes de la respiration ; « il me semble, dit Bt... (44), que je m'arrête de respirer ». « Je sentais que j'étouffais, dit sans cesse Fy..., je sentais que rien ne remuait dans ma poitrine et il me semblait que les autres personnes ne devaient pas respirer non plus ; alors ce devait être la fin du monde, tout le monde mourait étouffé, et comme mes étouffements augmentaient je me suis traînée chez la concierge pour lui demander si elle étouffait aussi ».

Ces troubles respiratoires ne sont pas purement subjectifs ; on peut facilement les constater. MM. Vaschide et Marchand, dans le travail précédemment cité observent que la seule idée de rougir provoque chez leur malade une accélération de la respiration

1. Vaschide et Marchand, *op. cit.*, p. 204.
2. Hartenberg, *Les timides et la timidité*, p. 27.

avec augmentation de l'amplitude, et que l'angoisse plus intense amène un ralentissement avec irrégularités et fausses respirations en saccades [1].

Mes observations m'ont permis de constater des faits analogues. On observe à première vue que plusieurs parmi ces angoissés respirent trop vite. On voit, par exemple, que Ku... est haletante, elle a même une trémulation du ventre extrêmement curieuse et j'ai beaucoup regretté de ne pouvoir prendre le graphique de sa respiration. Ces petites secousses continuelles du ventre sont dues à un tremblement du diaphragme, les mouvements sont à la fois très superficiels et très rapides.

Ces caractères deviennent encore plus visibles quand on peut prendre les graphiques. Je répète à ce propos combien il est difficile de réussir cette expérience sur ce genre de malades. Le plus souvent la crise d'angoisse disparaît pendant que je les mène avec moi au laboratoire et que je dispose les appareils. Quelquefois, mais rarement, l'angoisse persiste et s'aggrave au contraire à la vue des appareils ; mais alors il est impossible de tenir le sujet tranquille sur son fauteuil ; il s'agite beaucoup et si on insiste il casse tous ces appareils délicats, comme cela m'est arrivé avec Lkb...

Il en résulte que sur un si grand nombre de malades je n'ai pu



Fig. 3. — Respiration angoissée de Chm... 28 respirations par minute. — Ces graphiques sont pris avec le pneumographe de Verdin, les lignes horizontales et verticales servent de repères. La flèche horizontale indique dans quel sens le graphique doit être lu, la flèche verticale dans quel sens s'inscrit l'inspiration. T. Respiration thoracique. A. Respiration abdominale. S. Le temps en secondes.

prendre qu'un petit nombre de graphiques et que les troubles doivent être en réalité plus accentués que ces quelques figures ne nous les montrent. La figure 3 nous montre seulement une légère

1. Vaschide et Marchand, *op. cit.*, p. 203.

polypnée chez Chm..., 28 respirations par minute, on note aussi un léger tremblement dans les mouvements de l'abdomen. Il est probable que les troubles se sont réduits pendant que je disposais l'expérience. Ul... (45), dans la figure 4, nous présente déjà les mêmes phénomènes plus accentués; il y a 25 respirations par minute et elles sont beaucoup plus irrégulières ; la respiration

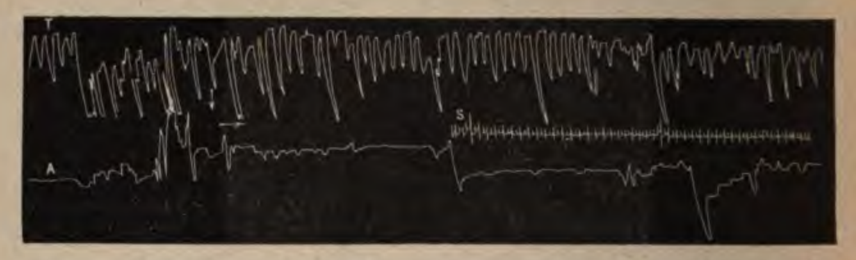


Fig. 4. — Respiration angoissée de Ul... quand elle essaye de regarder quelqu'un dans les yeux. 25 respirations par minute.

abdominale est à peu près supprimée et remplacée par une trémulation désordonnée.

Dans la figure 5 la polypnée de Lkb... est tout à fait énorme, 88 respirations par minute, avec de grandes irrégularités. Un autre type de respiration dans l'angoisse est celui que nous

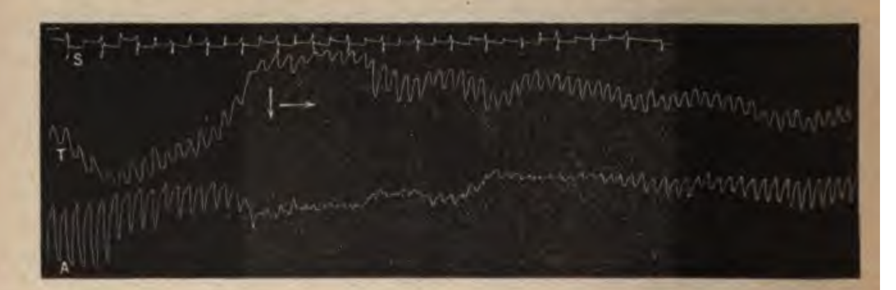


Fig. 5. — Respiration angoissée de Lkb... 88 respirations par minute.

voyons, dans la figure 6 prise sur Sy...; il n'y a pas de polypnée, il y a au contraire diminution du nombre des respirations, 10 à peine par minute. Mais la respiration se fait par soupirs brusques, et profonds. Chaque inspiration est une sorte de mouvement convulsif surtout du diaphragme. Même quand la malade est un peu calmée (figure 7) elle conserve quelque chose de cette respira-

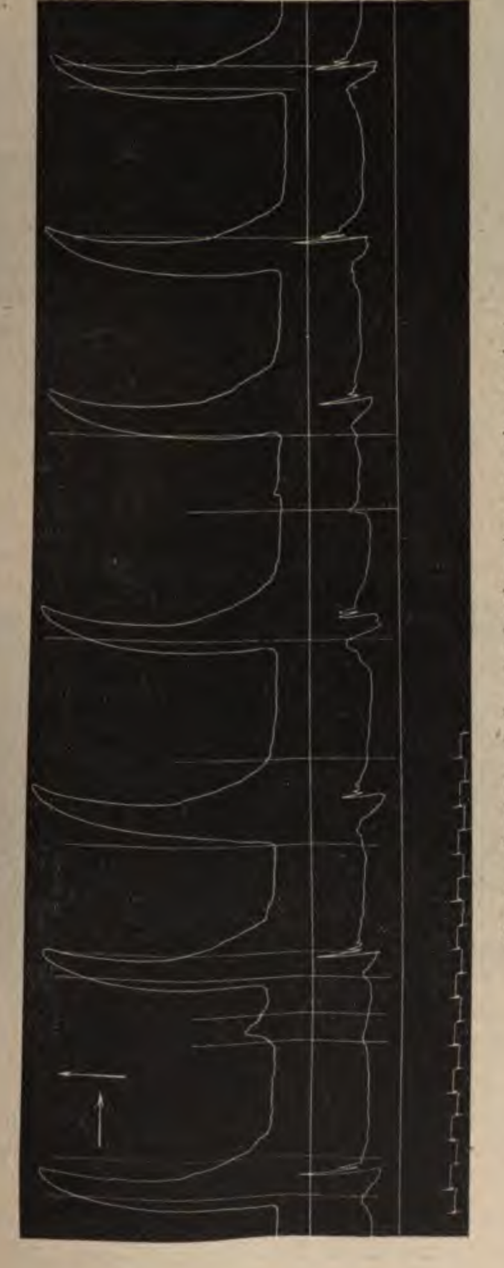


Fig. 6. — Respiration de Sy... pendant l'angoisse, 10 soupirs par minute.

tion brusque. Ces deux troubles principaux, la polypnée et les spasmes inspiratoires, se combinent le plus souvent et la figure 8 prise sur Rib... (68) doit présenter le trouble le plus commun : la

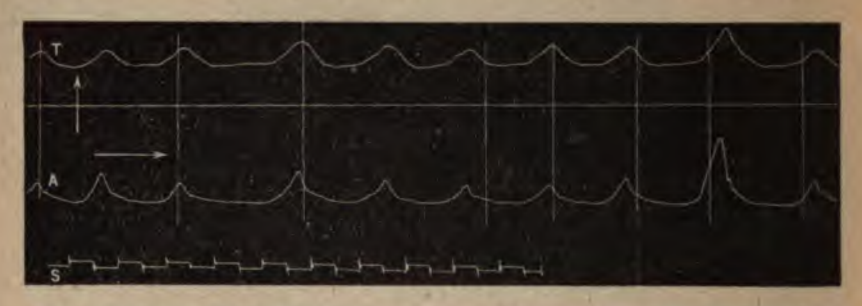


Fig. 7. — Respiration de Sy... quand l'angoisse diminue. 18 respirations par minute.

respiration très irrégulière surtout au diaphragme est entrecoupée de grands soupirs convulsifs.

Je n'ai pu qu'une seule fois mesurer au spiromètre de Verdin la quantité d'air absorbé et je l'ai trouvée malgré la polypnée très inférieure à la normale ; je n'ai pu, comme je l'avais fait

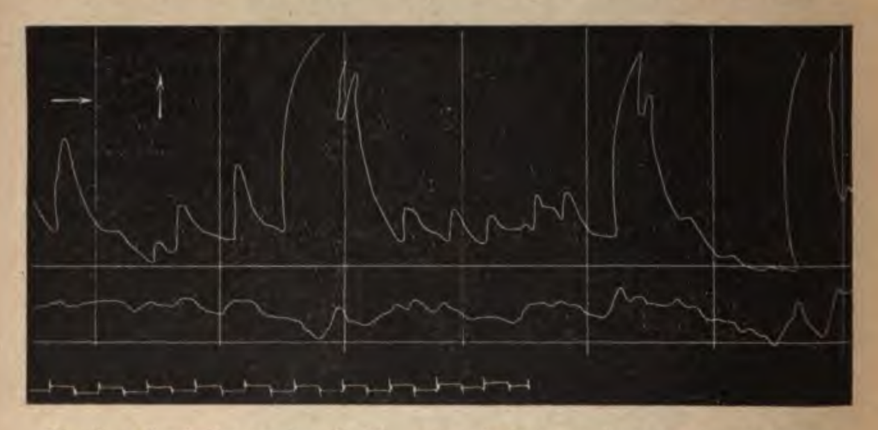


Fig. 8. — Respiration angoissée de Rib... 25 respirations par minute, soupirs et polypnée, irrégularité complète de la respiration abdominale.

pour les hystériques, faire l'analyse des gaz de la respiration. Il est probable que l'on verrait là d'autres troubles qui s'ajouteraient aux précédents.

Tels sont sommairement résumés les principaux troubles physiologiques que l'on observe dans les angoisses.

2. — *Troubles psychologiques de l'angoisse, l'angoisse mentale.*

Il existe dans l'angoisse des troubles physiologiques, nous les avons constatés : il est même probable, comme nous l'avons répété, que ces troubles doivent être souvent plus considérables que nous n'avons pu l'observer et surtout l'enregistrer. Dans des circonstances plus heureuses on pourra noter encore plus de modifications cardiaques, vaso-motrices et respiratoire. Mais faut-il en conclure que ces altérations soient tout dans l'angoisse des scrupuleux et qu'elle soit uniquement la conscience en retour de ces quelques modifications organiques. Je crois qu'il y a sur ce point bien des réserves à faire.

Cette discussion sera reprise à propos des diverses théories de la maladie. Pour le moment il suffit de constater que ces malades se plaignent encore et souvent bien davantage de troubles qu'ils éprouvent dans la tête et de grandes perturbations de leur conscience. M. Arnaud remarquait justement que « l'angoisse est surtout cérébrale intellectuelle, c'est une anxiété mentale plutôt qu'une angoisse organique[1] », sans aller peut-être aussi loin, je dirai simplement ici que l'angoisse n'est pas seulement viscérale, qu'elle est également cérébrale et intellectuelle.

Dans bien des cas cette seconde partie de l'angoisse semble être la principale et peut même subsister seule ; en un mot, à côté de l'angoisse viscérale qui peut se trouver chez un simple cardiaque en accès d'asystolie et qui n'a rien de spécifique, existe une angoisse mentale qui est propre aux scrupuleux et qui par conséquent a ici beaucoup d'importance.

Ces malades décrivent tous des sensations, des souffrances qu'ils ressentent dans la tête et que nous aurons à revoir en détail. Ils insistent beaucoup sur certains sentiments très pénibles qui sont exclusivement d'ordre mental. « J'éprouve, dit Dob..., des sentiments étranges dans ces moments de détresse morale où je m'acharne à ressaisir ma raison. » Ils ont, en effet, le sentiment dominant qu'ils perdent la tête (Dob..., Jean, Cer...). C'est à ce moment qu'ils croient tous devenir fous. « Je sens dans ma tête comme un bourdonnement, à la fois une exaltation et une torpeur, la peur de devenir folle m'a saisie » (Fy...). « Il me passe des

1. Arnaud, Les théories de l'obsession. *Archives de neurologie,* 1902, II, p. 266.

idées drôles tout d'un coup, j'ai le sentiment frappant que je deviens folle et c'est alors que j'ai peur. J'ai envie de crier moi-même que je deviens folle et idiote » (Sy...).

Un autre sentiment très bien noté par Claire, c'est celui de mourir. « Je perds non seulement la raison mais la vie, dit-elle, il me semble que je meurs, heureusement que c'est très rapide. » Ils ont aussi le sentiment de ne plus percevoir le monde extérieur. « Vous ne pouvez pas comprendre le nuage, le rideau noir, dit sans cesse Jean, qui vous tombe sur les yeux et sur la tête à ce moment-là. » « Ce qui me donne l'anxiété, dit Dob..., c'est que j'ai le sentiment de ne plus comprendre où je suis, qui je suis, que j'ai comme un froid et un engourdissement dans toute la tête. »

Enfin ils ont le sentiment de perdre leur liberté, de devenir comme des automates, de ne plus pouvoir commander à leurs actes et c'est ce qui leur donne de telles terreurs de faire des sottises. « Quel moment, écrit Dob..., non décidément je n'ai plus une parcelle de volonté, je suis comme une épave battue par les flots et ma tête se perd parce que je sens que je ne suis plus du tout maîtresse de moi. »

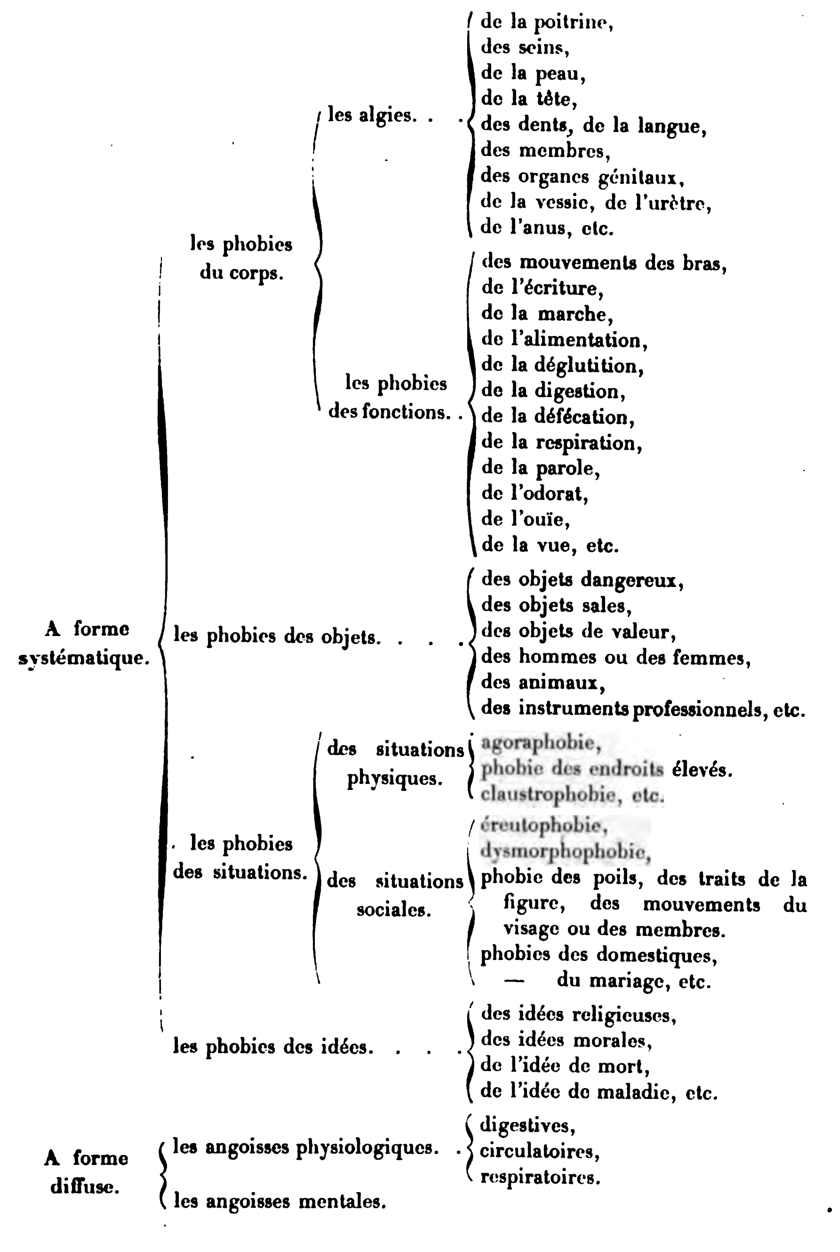
Ces sentiments me paraissent de la plus grande importance dans l'angoisse, ils soulèvent un problème capital qui, si je ne me trompe, n'a encore été bien entrevu que par M. Séglas[1], le problème des troubles psychologiques qui se manifestent pendant la crise et qui existent peut-être perpétuellement à un degré moindre chez les scrupuleux.

Il faut analyser ces altérations des fonctions psychologiques avant de chercher à interpréter le mécanisme des obsessions et des processus irrésistibles. Il me semble difficile de séparer l'étude des troubles psychologiques pendant la crise d'angoisse mentale de celles des troubles psychologiques qui existent plus ou moins constamment chez les obsédés, le uns n'étant que les exagérations des autres. Aussi les étudierons-nous simultanément sous le nom de *stigmates psychologiques des psychasthéniques* dans le chapitre suivant.

Pour le moment, contentons-nous de résumer dans un tableau les principales formes des agitations émotionnelles qui viennent d'être étudiées.

1. Séglas, *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, 1895, 5e leçon, p. 118.

AGITATIONS FORCÉES ÉMOTIONNELLES



QUATRIÈME SECTION

CARACTÈRES GÉNÉRAUX DES AGITATIONS FORCÉES

Cette longue analyse de toutes sortes d'opérations forcées qui envahissent l'esprit des malades, avait pour but non seulement de décrire leurs très nombreuses variétés mais encore d'établir entre elles quelque ordre en les réunissant par classes, en les ramenant à quelques types principaux. Nous sommes ainsi parvenus à constater trois classes ou trois types principaux de ces phénomènes :

1° Des opérations intellectuelles que nous avons réunies sous le titre de manies mentales et de ruminations mentales ;

2° Des mouvements irrésistibles que nous avons réunis sous le nom de tics et de crises d'agitation ;

3° Des angoisses viscérales déterminées par des troubles organiques surtout de la circulation et de la respiration.

Malgré ces distinctions il est nécessaire de rechercher les caractères communs appartenant à tous ces groupes.

1. — Unité clinique des agitations forcées.

En général l'enseignement clinique jusqu'à ces dernières années s'est montré disposé à séparer ces trois groupes de symptômes et à les considérer comme autant de maladies distinctes. Le groupe des mouvements forcés constituait la *maladie des tics* que l'on plaçait à part, les ruminations mentales formaient la *folie du doute* et les phénomènes émotionnels se rangeaient sous le titre de *du délire contact* ou de *phobies*.

Les premiers auteurs qui ont décrit les obsessions, même quand ils ne cédaient pas à la tentation d'ériger chaque manie en maladie indépendante étaient toujours disposés à distinguer formelle-

ment ces divers groupes de symptômes. Griesinger, en 1868, mettait à part la manie du pourquoi et du comment dont il faisait une obsession avec conscience sous forme de question et de doute. Il ne faisait pas la moindre allusion aux troubles du mouvement, ni aux troubles de l'émotion. Bien mieux il allait jusqu'à soutenir que dans le délire du doute il n'y avait aucun trouble émotionnel. Quand Legrand du Saulle chercha à résumer ce que l'on savait sur ces manies bizarres, il écrivit deux petits livres : l'un sur le syndrome intellectuel qu'il appelait la folie du doute, l'autre sur le syndrome émotionnel qu'il désignait sous le nom de l'un de ses types principaux, l'agoraphobie. Plus tard, il fut bien obligé de remarquer qu'il y avait des rapports entre ces deux maladies et il imagina de faire de ces deux syndromes deux phases successives d'une même maladie : les sujets devaient suivant lui débuter par le délire du doute et terminer ensuite par une seconde période où se montrait la crainte de toucher certains objets.

Après lui on conserva encore presque toujours la distinction des deux syndromes, sans admettre son correctif et sans en faire deux phases successives d'une même maladie. M. Cullerre ne veut pas admettre avec Legrand du Saulle, que le délire du toucher, soit une seconde phase de la folie du doute. « En réalité, dit-il [1], ce symptôme a une existence indépendante et mérite d'être examiné à part. » M. Ladame [2], dans son étude remarquable sur ces maladies, termine en donnant deux observations qui à son avis démontrent « la complète indépendance de la folie du doute et du délire du toucher ». C'est à peine s'il admet que ces deux maladies distinctes s'associent quelquefois comme la pleurésie et la pneumonie.

Cependant depuis quelque temps l'opinion inverse se développe, les derniers travaux sur les tics de M. Dubois (de Saujon) et de M. Meige nous ont montré bien souvent la coexistence des manies mentales et des phobies avec les tics. M. Ritti [3], dans son étude sur la folie du doute, montrait déjà en 1875 qu'un rapprochement de cette maladie avec le délire du contact serait légitime. Krafft Ebing, 1882, Wille, 1882, Mendel, 1888, expriment des

1. Cullere, *Les frontières de la folie*, 1888, p. 73.
2. Ladame, *Congrès de Psychiatrie de Berlin*, 1891, et *Revue de l'hypnotisme*, 1891, p. 135.
3. Ritti, *Gazette hebdomadaire*, n° 42, 1877, et article « Folie du doute » du *Dictionnaire encyclopédique*.

opinions analogues. M. Magnan en réunissant tous ces faits sous le nom « de délire des dégénérés a beaucoup fortifié cette opinion ».

Les distinctions complètes que l'on établissait autrefois entre ces trois groupes de symptômes semblent au premier abord assez justifiées en clinique. Un individu qui a un grand nombre de tics, qui cligne des yeux, tourne la tête, secoue ses mains, prend une physionomie bien spéciale qui semble le distinguer des malades troublés par un autre groupe de symptômes. Tout entier à ses mouvements il ne nous parle guère des troubles mentaux qui le gênent beaucoup moins et qui d'ailleurs sont moins développés que ses tics. De même une personne qui a de grandes ruminations abstraites ne ressemble pas à celle qui a de grandes angoisses.

Il est certain par exemple que l'on ne peut pas confondre complètement Lise et Dob..., l'une est toujours complètement calme, ne manifeste aucun trouble, elle serait plutôt trop immobile, ses agitations et ses souffrances sont purement intérieures, elle se borne à d'interminables ruminations mentales ; l'autre est une femme agitée, pleurant et criant qui est prise de terreur au milieu de la rue et qui court comme une folle pour rentrer chez elle : l'aspect clinique est évidemment différent. On peut même remarquer aussi un fait qui justifie en partie la conception de Legrand du Saulle et que cet auteur signalait déjà [1], c'est que l'un des phénomènes semble jusqu'à un certain point être antagoniste de l'autre. Plus les malades ruminent, moins ils ont de mouvements d'agitation et même d'angoisse respiratoire, plus ils sont agités physiquement, moins ils ont d'agitation mentale. Il est donc juste de distinguer ces trois groupes cliniques, c'est ce que nous avons fait en répartissant ces symptômes en trois classes distinctes : la prédominance de l'un ou de l'autre fera si l'on veut trois variétés de la maladie.

Il est impossible d'aller plus loin : les liens qui unissent les ruminations, les tics et les angoisses sont des plus étroits. D'abord les malades passent très souvent de l'un à l'autre. Un certain nombre suivent la marche indiquée par Legrand du Saulle et vont du doute aux phobies : Claire a longtemps ruminé sur la religion

1. Legrand du Saulle, *Folie du doute*, p. 39.

avant d'avoir ses crises d'agitation, ses terreurs devant les églises, les cabinets ou les bouteilles, Ul... a eu des scrupules, des ruminations sur le bien et le mal avant d'être un agoraphobe. On pourrait tout aussi bien énumérer des malades qui ont suivi l'ordre inverse : De... avait des phobies génitales, puis elle s'est mise à s'interroger sur la façon dont elle était faite, sur l'amour, etc., etc., Nem... a eu longtemps la phobie des couteaux, des fourchettes puis elle a commencé un délire d'interrogation sur la façon dont les hommes sont faits, sur la nature du monde. Un grand nombre ont commencé par avoir des tics puis ont évolué vers les doutes et les phobies, Nu... (112), guérie de ses tics par un traitement sévère, commence les manies d'interrogation ; la marche inverse se rencontre également. Ces évolutions diverses sont à discuter au point de vue du pronostic, il suffit de remarquer ici qu'elles existent toutes.

Il faut observer en second lieu que ces divers phénomènes se remplacent les uns les autres avec la plus grande facilité, soit spontanément au cours de la maladie, soit artificiellement quand, au cours du traitement, on cherche à supprimer une de ces agitations. Tous les auteurs ont remarqué que la résistance à la manie mentale amène l'angoisse. Si le malade s'efforce de ne pas vérifier, de ne pas recommencer, de ne pas compenser, de ne pas expier, il a des suffocations et des palpitations cardiaques : au contraire il se calme si on le laisse donner libre cours à ses besoins de rumination. Jean a donné la main à sa mère, il a l'idée de compenser en touchant la main d'un homme, s'il cède et s'il arrive à serrer la main d'un homme, il est sans doute mécontent parce qu'il fait une absurdité, mais il ne souffre pas. Si ce besoin surgit le soir quand il est seul avec sa mère et si par conséquent il ne peut pas satisfaire sa manie, il a des angoisses une partie de la nuit et une grande agitation motrice. Si Pn... ne répète pas sa phrase : « Allons dîner, etc. » il est angoissé et sa femme aime mieux « l'entendre dire ses bêtises plutôt que de le voir suffoquer ». Dans biens des cas, les tics, les agitations motrices, les masturbations mêmes viennent à la place de ruminations que l'on veut supprimer et inversement.

Enfin il ne faut pas oublier les sujets comme Jean qui semblent avoir eu, presque tout le temps, des tics, des ruminations et des phobies de toute espèce. Chez les malades sérieusement atteints on trouve souvent ces divers symptômes qui évoluent

côte à côte et il est facile de remarquer que dans les études précédentes les mêmes malades sont cités à propos de diverses agitations forcées.

Je ne crois donc pas que, au point de vue clinique, on puisse admettre une séparation complète entre ces diverses groupes de symptômes. Leur union est encore vérifiée par l'identité profonde des caractères psychologiques que l'on observe dans les uns et dans les autres.

2. — Les crises d'agitation forcée.

Après cette longue analyse il faut essayer de dégager les caractères psychologiques qui se retrouvent d'une manière générale dans ces ruminations, dans ces agitations motrices et dans ces angoisses. Je ne recherche pas encore leur interprétation, je voudrais seulement ramener à quelques faits simples cette diversité énorme de manifestations dans laquelle on sent tant de confusion.

1. — *Les périodes de crise.*

Ces singuliers phénomènes moraux ne semblent pas au premier abord, au moins chez la plupart des malades, être continuels, ils se présentent par crises plus ou moins fréquentes et plus ou moins longues. C'est là un caractère essentiel qu'il faut placer au premier rang.

Ce caractère est incontestable pour les agitations et les phobies avec angoisses viscérales, il est bien évident que Nadia ne bouscule pas les meubles toute la journée et que Claire ne fait pas continuellement des efforts et des contorsions ; il y a des périodes d'agitations et des périodes de repos au moins relatif. Quand nous avons pris le graphique de la respiration de Sy..., nous avons mis en opposition sa respiration pendant la période de suffocation et sa respiration pendant la période de calme. Pour ces deux catégories de phénomènes les crises sont donc bien marquées.

Ce caractère peut sembler un peu moins net quand il s'agit des ruminations mentales. Chez beaucoup de sujets les phénomènes se

prolongent d'une manière à peu près indéfinie : c'est le cas d'ailleurs de la plupart des grands malades. Lise prétend qu'elle ne sort plus jamais de la rumination qui accompagne perpétuellement toutes les actions de sa vie. A côté de l'action réelle, par exemple, pendant qu'elle fait travailler ses enfants, ou même à côté de la pensée réelle, pendant qu'elle cherche à lire et à comprendre un livre, il y a toujours un énorme travail imaginaire qui porte sur des scrupules, des hésitations, des pactes, des préoccupations de la vie future, des réponses, des formules de conjuration comme 4, 3, 2, et cela ne cesse à peu près jamais. Dans les périodes de bonne santé relative la rumination s'éloigne et voilà tout; elle paraît plus lointaine « cela devient implicite, comme disait Jean ». Mais la malade a toujours la conscience vague que ce travail continue à se faire dans sa tête : « même quand je vais bien, dit Gisèle, il y a toujours dans ma tête un petit ronchonnement. »

Mais il n'en est ainsi que chez de grands malades un peu exceptionnels. Beaucoup de scrupuleux, surtout au début de la maladie n'ont que des ruminations courtes, quelquefois d'une dizaine de minutes à peine. Dans la plupart des cas, chez Lod..., Nadia, Zei..., Zo..., par exemple, les ruminations se prolongent d'une manière grave pendant une heure ou deux, puis s'apaisent plus ou moins complètement, Wo... sent très bien qu'elle a des crises de calcul ou de perfectionnement de ses prières ; elle peut même reculer une crise, la remettre à plus tard et la reprendre pour la liquider.

Même chez les sujets qui semblent avoir la rumination continuelle, il y a visiblement des exacerbations momentanées qui les forcent à rester immobiles, la tête tombant sur leurs genoux, puis des diminutions pendant lesquelles le « petit ronchonnement » ne les empêche pas de vaquer à peu près à leurs occupations. Il semble que chez eux les crises se mêlent l'une avec l'autre, que la première n'a pas le temps de se terminer complètement avant que la deuxième ne commence. Les tics eux-mêmes ne sont continuels qu'en apparence. Non seulement ils disparaissent pendant le sommeil, mais pendant de longues périodes de la journée, surtout quand le sujet est seul et qu'on ne lui demande rien, ils existent à peine.

En un mot aucune de ces agitations forcées ne constitue un état permanent stable du sujet, elles se développent par crises en rapport avec certaines occasions.

2. — *Le point de départ des crises.*

Mais quelles sont ces occasions qui servent de point de départ à la crise : on ne saurait trop y insister, car c'est là un des points essentiels qu'il est nécessaire de bien constater avant de chercher à l'interpréter. Je ne cherche pas en ce moment les conditions physiques ou morales qui déterminent le début de la maladie ou le début d'une période d'aggravation pendant laquelle les crises sont plus fréquentes, je cherche seulement les faits qui sont l'occasion à propos de laquelle paraissent se développer les crises d'agitation forcée.

1° Dans un premier groupe de cas la réponse est parfaitement simple. Ces crises commencent toujours à l'occasion d'*une action volontaire*. Il suffit de passer en revue tous les exemples que j'ai cités pour voir que dans un grand nombre c'est le début d'un acte, c'est le désir d'accomplir un acte qui amène les agitations et les angoisses. La crise d'agitation de Nadia débute quand elle essaye de me jouer un morceau de piano, les crises d'efforts de Claire se développent quand elle veut faire ses prières, se mettre à table ou simplement aller aux cabinets. Tout un groupe de phobies, celles que j'ai appelées phobies des objets, ne sont en somme que des phobies d'actes. Je crois que la première désignation de ces phénomènes sous le nom de « délire du contact » a été tout à fait fâcheuse et qu'elle a entraîné les observateurs dans une voie fausse. Ce mot semble indiquer que le contact et l'objet sont ici importants et on a imaginé autant de phobies que d'objets. L'objet n'est ici à mon avis qu'une occasion, ainsi que le contact, parce que l'on n'agit pas sans toucher à des objets, mais l'essentiel c'est l'acte. La malade de Legrand du Saulle qui a la phobie des objets qui servent à écrire a en réalité sa crise de phobie quand elle veut écrire. Mrc... a l'angoisse quand il fabrique ou veut fabriquer des couteaux pointus, Ger... quand elle veut ranger ces vêtements, Pr... quand elle veut se purger. Jean a des tics, ou des ruminations ou des angoisses quand il veut voyager, envoyer une lettre, se moucher, se raser, se laver, traverser une place.

Il y a certaines catégories d'actes qui donnent souvent naissance à des phobies, ce sont les actes professionnels. On voit que, Lch... (78), télégraphiste, a peur du télégraphe, du bureau de

poste. Va-t-on dire que la phobie se développe parce qu'il voit, qu'il touche un appareil télégraphique ? Non, c'est quand il veut reprendre son métier : ce qui le prouve c'est qu'on a beau modifier ses fonctions, on ne le guérit pas. Comme le médecin avait parlé de « maladie du contact » on ne lui fit plus toucher l'appareil télégraphique, on le fit écrire, recopier des bandes, il prit la phobie des bandes ; on voulut l'employer à tenir des registres, il prit la phobie des registres, du bureau de poste, etc. C'est l'acte professionnel qui est le point de départ essentiel.

Un autre groupe important de phobies, que j'ai désignées sous le nom d'algies, de phobies du corps, donne lieu à des remarques analogues : ce sont des actes du corps, des fonctions corporelles, qui provoquent l'angoisse. Remuer un membre, remuer le petit doigt, marcher surtout dans beaucoup de basophobies et même d'agoraphobies, manger, déglutir comme on l'a vu chez tous les phobiques de la déglutition, digérer, uriner, exercer les fonctions génitales, aller à la selle, etc., voilà les fonctions et les actes qui jouent le rôle essentiel. Quand il s'agit des dysesthésies des sens, c'est l'acte de flairer, l'acte d'écouter, l'acte de regarder qui est le point de départ de la crise.

Il en est de même pour les tics, le sourire obsédant survient quand il faut entrer dans un salon, parler à une personne peu connue, faire en un mot un acte difficile. Les tics avec coprolalie ne surviennent chez Qi... que si elle doit se lever de sa chaise et parler à quelqu'un ; c'est quand elle vient à l'hôpital me demander des bons de douche qu'elle est forcée de crier « Salaud, tu me fais ch... ». Les tics de Lod..., qui fait claquer les doigts, qui ferme le poing en pensant à Dieu commencent quand elle doit s'installer au piano. Un grand nombre de tiqueurs ne font leurs grimaces comme Ul... qu'au moment où ils doivent s'adresser à quelqu'un, Ul... a commencé ses tics quand elle devait « voir des dames pour chercher une place... », elle les a maintenant quand elle doit entrer dans un omnibus.

On peut faire la même remarque à propos des ruminations, ce sont les actes qui les provoquent le plus souvent. On vient de voir la rumination de Ger... commencer quand elle veut descendre chercher du bouillon pour le dîner. Jean commence à ruminer quand il veut monter en omnibus, quand il veut s'asseoir à table, se laver, uriner, etc..., Lise, quand elle veut écrire une lettre, dicter un devoir à ses enfants. Fi..., un notaire de 48 ans, quand

il doit signer un acte, hésite et se met à ruminer. C'est le cas le plus général et le plus simple : on ne saurait assez insister sur son importance, car il nous fait prévoir qu'il s'agit d'une maladie de la volonté et nous y reviendrons quand nous discuterons les phénomènes d'aboulie si importants dans cette maladie.

Pour avoir cet effet, pour devenir ainsi le point de départ de la crise, il faut que l'acte soit volontaire ; une action involontaire, automatique, exécutée par distraction n'a aucunement cet effet. Cela est bien naturel, car autrement les malades ne pourraient jamais bouger : ils remuent cependant et ils accomplissent une foule d'actions qui n'amènent aucun trouble moral parce qu'elles ne les préoccupent pas. Legrand du Saulle remarquait déjà que « si le malade est très préoccupé et s'il a l'esprit tendu il traverse la place sans ressentir quoi que ce soit [1] ». Lise se met à table et mange avec une parfaite indifférence, elle s'habille et fait des visites sans aucun trouble ; Bu... travaille à son métier habituel sans avoir de phobies ; Jean lui-même peut avoir l'esprit tranquille au milieu des actions les plus graves pour lui s'il est distrait ; quand il va dîner en ville, il donne la main à des dames sans faire de ruminations. Le fait essentiel c'est donc que l'action soit volontaire, c'est-à-dire qu'elle soit nouvelle dans une certaine mesure et que le sujet essaye de la rattacher à toute sa personnalité.

Il ne faut pas oublier qu'il peut s'agir d'actions négatives aussi bien que de positives : prendre la résolution de ne pas faire une action, refuser définitivement quelque chose sera l'occasion de l'angoisse et de la rumination aussi bien que l'effort pour faire l'action ou pour accepter la proposition. On se souvient qu'un grand nombre des ruminations ont commencé à l'occasion de la pensée d'un acte criminel ou désagréable que le sujet voulait repousser. Ici encore la même remarque trouve sa place, si c'est par distraction que le malade s'écarte d'une situation dangereuse, il n'y aura pas de rumination. Claire me répète qu'elle ne peut rien faire pour soigner sa santé, que si elle veut éviter de se mettre dans un courant d'air, elle va immédiatement discuter indéfiniment ; au même moment je remarque qu'elle s'est rassise et qu'elle refuse de sortir parce qu'elle a vu qu'il pleuvait. C'est toujours l'acte volontaire sous sa forme positive ou négative qui joue le rôle principal.

1. Legrand du Saulle, *Agoraphobie*, p. 62.

2° Le deuxième phénomène qui joue un rôle prépondérant comme point de départ de ces crises, c'est l'*attention*. En effet, les agitations motrices, les ruminations, les angoisses commencent aussi dans d'autres circonstances quand il s'agit simplement d'idées et non pas d'actes. Je remarque alors que ces idées provocatrices demandaient pour être comprises un certain effort d'attention ou bien étaient proposées à l'acceptation ou à la croyance. C'est l'effort pour faire attention et surtout l'effort pour croire ou pour nier comme tout à l'heure l'effort pour agir qui semble être la cause de ce singulier travail mental.

Une fillette de 15 ans, Ho..., est forcée de faire ses tics « quand commence la classe à l'école » elle se secoue, se met les doigts dans le nez, ronge ses ongles, frotte son ventre, pense à ses poils au pubis « parce que la dictée est difficile ». On peut observer le fait chez un grand nombre d'enfants et la maîtresse d'école Lkb... n'échappe pas à la loi. Elle est très tranquille pendant les récréations ; elle cligne des yeux et secoue son épaule quand il faut recommencer la classe et surtout « quand il faut faire la leçon aux grandes, ce qui demande plus d'attention. » Renée a ses tics quand elle veut lire un livre et Ic... est « invinciblement poussé à marcher indéfiniment quand il se met à sa table de travail pour écrire ses devoirs. » Le fait est banal et se vérifie très facilement.

Tout un groupe d'angoisses peut être désigné sous le nom de phobies des idées. Elles naissent à propos de l'effort d'attention pour adopter ou repousser certaines croyances. Essayer de se faire une opinion sur la religion, sur Dieu, sur le démon, sur l'enfer, voilà ce qui détermine les angoisses de Lise et de bien d'autres. Ki... a des angoisses quand il essaye de faire attention à la causalité ou à une idée philosophique quelconque.

L'attention portant sur des idées morales sur le devoir, le mensonge, le crime, rend tous ces malades anxieux. Mais il n'est pas nécessaire qu'il s'agisse d'idée morale capable de rappeler leurs obsessions de scrupule. Une attention quelconque, sur une lettre, sur un journal détermine des phobies et des ruminations chez Za... ; Jean redoute « toute application d'esprit » qui amène des palpitations de cœur. Le fait négatif a la même valeur que le fait positif : un effort pour nier une histoire absurde suffit pour ramener toutes les ruminations de Lise.

Enfin il faut encore ici faire la même remarque que précédemment, il ne s'agit pas d'une idée, d'une croyance quelconque

agissant sur notre conduite presque à notre insu, il s'agit d'une croyance volontaire et attentive. Cha... ne se pose pas de questions quand il enseigne la musique. Claire a beau affirmer qu'elle ne peut croire à rien, il est évident cependant qu'elle est convaincue d'une foule de choses : elle croit qu'il fait jour, que j'habite à Paris, qu'elle parle français, etc. Toutes ces croyances sont impliquées dans le simple fait de m'écrire une lettre, mais elle n'y fait pas attention, et ces croyances ne la troublent pas. C'est en somme l'acte d'attention amenant l'acceptation ou la négation qui a une influence tout naturellement analogue à celle de la volonté.

3° Un autre phénomène peut devenir le point de départ de certaines ruminations ou de certaines phobies, c'est l'émotion ou du moins un certain genre d'émotion.

Legrand du Saulle[1] cite ce fait curieux : « dès qu'il faisait une tentative de coït, ses *pensées* surgissaient aussitôt avec la plus grande intensité et glaçaient toute disposition à la rigidité pénienne. » Cette observation intéressante est tout à fait banale : je ne puis, on le comprend, raconter en détail les singulières confessions que m'ont faites un grand nombre de ces malades à propos de leurs émotions génitales. Mais je puis relever ce fait principal : l'émotion génitale est très souvent le point de départ des ruminations, des tics et des angoisses. Les malades ont le désir, ils se sentent plus ou moins excités, et à ce moment commencent des agitations, des angoisses ou d'interminables ruminations mentales. C'est aussi l'instant où plusieurs d'entre eux sont saisis par un invincible besoin d'uriner ou d'aller à la selle ou commencent leurs tics.

Il en est de même pour la douleur physique ou morale. Lise a une très singulière manière de ressentir les douleurs de l'accouchement. C'est à ce moment que son esprit est envahi au suprême degré par les manies du serment, des pactes, par des ruminations interminables et odieuses. Les douleurs morales ont le même effet. « La joie ou la peine, dit Mm..., me font perdre l'équilibre et me font retomber dans mes rêveries ». « Les situations lugubres, dit Jean, me donnent des agitations et des crises de fou rire. »

La colère, chez Lise, est aussi le point de départ de ruminations et elle redoute même à ce propos le plaisir esthétique.

1. Legrand du Saulle, *Folie du doute*, 16.

« Quand je jouais du piano, j'y prenais plaisir, je m'y donnais, je m'emballais, cela me faisait perdre l'équilibre, me faisait retomber dans toutes mes pensées c'est pourquoi je me suis mise à jouer toujours froidement. » Il est singulier de constater que ce détail se retrouve mot à mot dans l'observation d'un autre malade Lod..., c'est au moment où l'émotion artistique va parvenir à son comble, va déterminer une jouissance, que se déclanchent ses absurdes raisonnements. De même une petite émotion qui commence détermine chez Cr... les crises d'agitation et les besoins de marcher pendant plusieurs heures. Chez un bien grand nombre de malades comme chez Renée, Qi..., etc., on détermine une crise de tics en fermant brusquement une porte, en déterminant chez eux le début d'une surprise ou d'une peur.

Je crois que tout un groupe de phobies rentrent dans ce cas, celles qui sont déterminées par la perception d'une situation, par un sentiment et dont le type est l'agoraphobie. Les ponts, les grandes places, les grandes rues font naître chez bien des personnes une petite émotion déterminée, en rapport avec le sentiment de la grandeur, de l'espace, de l'isolement et c'est cette petite émotion qui déclanche les grands phénomènes de la rumination et de l'angoisse. J'ai vu à ce propos un cas d'agoraphobie bien curieux que l'on pourrait appeler l'agoraphobie admirative. Qs... ne peut se promener au Trocadéro, « la vue de tant de maisons l'excite, il lui semble que c'est beau, grandiose, étonnant. C'est au début un sentiment agréable d'admiration, puis cela change. Je suis forcé de me demander comment pourrais-je faire moi-même pour bâtir tant de maisons, comment les hommes ont-ils pu amener tant de pierres ? puis mes genoux tremblent, ma poitrine se serre, mon cœur bat, j'étouffe et je me sauve pour rentrer ». D'autres phobies débutent quand le malade est en public devant des hommes, parce que alors se développe l'émotion de la timidité qui est suivie par l'angoisse, chez Ul..., Lkb..., Meu..., par exemple. Enfin dans certains cas la situation doit naturellement faire naître chez tout homme de la peur et c'est cette peur qui est suivie soit de rumination, soit d'angoisse.

Il y a là tout un rôle curieux de l'émotion qui ne nous paraît guère connu et sur lequel il faudra revenir ; pour le moment nous signalons seulement ce fait que les crises d'agitation forcée débutent à propos des émotions, comme à propos des actes et des attentions.

4° Enfin je signale avec plus d'hésitation et à titre de curiosité une autre occasion de ces crises que j'ai observée plusieurs fois d'une manière incomplète et une seule fois d'une manière tout à fait nette. Dn... (49), femme de 30 ans, qui a toujours été une scrupuleuse, a eu des crises d'agitation et d'angoisse à propos de plusieurs des causes précédentes, surtout à propos des actes. Voici maintenant à quel propos ces mêmes crises se développent. Elle se couche pour s'endormir et commence à s'assoupir : tant que l'assoupissement est léger, tout va bien, elle reste tranquille dans son lit. Mais le sommeil va devenir profond ; à ce moment elle se réveille subitement avec une énorme angoisse, elle se sent étouffer et ne peut s'empêcher de crier. La malade ne perd aucunement connaissance, elle voudrait ne pas crier pour ne pas réveiller ses compagnes, mais sa résistance est inutile et ne provoque qu'une lutte plus douloureuse.

Il faut qu'elle hurle et se contorsionne de mille manières, c'est à la fois une crise d'angoisse et une crise d'agitation motrice comme celle de Nadia. Au bout de cinq à dix minutes tout se calme et la malade essaye de se rendormir, car elle en éprouve un grand besoin ; de nouveau elle reste calme dans l'assoupissement léger puis dès que le sommeil devient un peu plus profond la crise recommence. Il n'y a pas ici d'idée fixe relative au sommeil qui explique ce réveil par un rêve comme dans l'observation de Zy...[1] et il n'est pas question d'hystérie. C'est un phénomène analogue à toutes les crises précédentes, il se développe seulement dans des circonstances singulières à propos du début du sommeil profond. Ce fait se rapproche de certaines observations déjà signalées dans lesquelles l'agitation forcée commençait à propos d'un début d'une fonction physiologique, à propos de la déglutition ou de la digestion par exemple.

En résumé je constate que ces crises d'agitations forcées, qu'il s'agisse de tics, d'excitations, de ruminations ou d'angoisses, commencentpresque toujours à propos de l'un ou de l'autre de ces quatre phénomènes principaux, l'acte volontaire, l'attention, l'émotion, l'effort pour s'endormir profondément. Nous pourrons dorénavant désigner ces phénomènes provocateurs sous le nom de *phénomènes primaires,* tandis que les agitations forcées qui viennent à la suite seront considérées comme des *phénomènes secondaires.*

1. *Névroses et Idées fixes,* I, p. 355.

3. — *Substitution des phénomènes secondaires aux primaires.*

Dans les cas les plus nets, cet acte, cette croyance, cette émotion qui constituent le phénomène primaire, loin de parvenir à leur terme, disparaissent complètement, c'est là à mon avis le fait capital de la rumination, de l'agitation et de l'angoisse. On considère d'ordinaire ces agitations comme des phénomènes positifs caractérisés par la présence d'un grand nombre d'idées ou d'émotions qui envahissent l'esprit, mais il ne faut pas oublier que ces troubles sont aussi et avant tout des phénomènes négatifs, caractérisés par la suppression d'un acte, d'une croyance, d'une émotion qui auraient dû se produire. Nous avons vu Ger... se lever son pot à la main pour aller chercher du bouillon chez la fruitière ; il ne suffit pas de remarquer qu'elle a eu pendant deux heures sur l'escalier de belles ruminations à propos du maigre du vendredi ; il ne faut pas oublier ce fait au moins aussi important c'est que le bouillon n'a pas été cherché et que la soupe n'a pas été faite. Il en est de même pour les croyances : un problème est posé à l'attention, une opération mentale commence qui devrait aboutir à la croyance ou au refus de l'idée, opération qui n'est faite en réalité que si le sujet arrive à l'une ou à l'autre. Quand la rumination survient pendant plusieurs heures ou quand les angoisses surviennent le sujet se relève, la crise terminée, dans le même état qu'auparavant ne sachant pas s'il croit ou s'il ne croit pas, en un mot, l'opération n'a pas été faite.

Il est très important de constater des faits analogues à propos des émotions, le fait que je me borne à signaler ici se confirmera d'ailleurs de plus en plus. L'excitation génitale est le point de départ de phobies ou de ruminations, mais il faut encore ajouter que ces phénomènes secondaires qui s'y ajoutent ne semblent pas du tout favorables au développement de l'excitation. Bien au contraire le plus souvent ils amènent l'arrêt complet de toute l'émotion. Quand Lise a d'épouvantables ruminations au moment des douleurs de l'accouchement, elle a sans doute des souffrances morales, mais elle n'a plus les souffrances physiques qu'elle devrait avoir. Elle ne gagne pas au change, car ses angoisses mo-

rales sont horribles ; mais je fais remarquer que des rêveries sur la damnation des enfants, sur l'éternité des peines de l'enfer, des interrogations sur le problème de savoir si elle est folle, si elle va quitter les siens pour aller demeurer toujours dans une maison de fous, que tout cela est très pénible sans doute, mais que ce n'est pas la douleur qu'une femme doit ressentir en accouchant.

Le plaisir de jouer du piano disparaît aussi comme l'admiration du paysage, quand des agitations surviennent à propos de ces émotions. Une question bien plus délicate se pose à propos du sentiment de la timidité et du sentiment de la peur. Ces sentiments sont très souvent le début des phénomènes forcés et plusieurs de ceux-ci, en particulier certaines angoisse, leur ressemblent beaucoup. C'est pourquoi on a appelé ces phénomènes des phobies et on les a souvent considérés comme le développement, l'exagération de la peur ou de l'intimidation. Je ne crois pas que ce soit tout à fait juste au moins dans tous les cas. Chez beaucoup de malades la peur précise, déterminée, qu'il auraient dans cette circonstance s'ils se portaient bien, disparaît, elle est remplacée par de l'agitation motrice ou de la rumination qui n'est pas de la peur, et quand la phobie survient elle prend des caractères spéciaux qui la distinguent de la peur proprement dite. « Je vois des squelettes dans le musée, cela m'aurait donné autrefois une vraie peur, maintenant j'ai des angoisses vagues avec le sentiment de devenir folle, ce n'est pas du tout la même chose. » La peur semble avoir perdu sa précision, son rapport avec un objet déterminé : elle est devenue plus vague et plus élémentaire.

Dans les cas les plus nets on observe ainsi la suppression totale des phénomènes primaires, c'est-à-dire de l'acte, de l'attention, de l'émotion qui était le point de départ de la crise. Dans les cas moins nets ces phénomènes primaires ont simplement diminué et présentent des altérations que nous aurons à étudier dans le chapitre suivant.

A l'occasion de ces phénomènes primaires qui, comme nous l'avons vu, ne s'accomplissent pas ou s'accomplissent d'une manière qui ne satisfait pas la conscience du malade et à la place de ces phénomènes se développe brusquement dans l'esprit une tout autre catégorie d'opérations que l'on peut considérer comme secondaires. Tantôt ce sont des mouvements variés, des tics, des efforts, des crises d'agitation, tantôt ce sont des troubles

viscéraux, des palpitations, des suffocations, des angoisses, tantôt ce sont des opérations mentales, des ruminations.

Dans toutes les manies de perfectionnement on voit que le sujet cherche à ajouter quelque chose au premier acte, dans les manies de réparation il veut effacer le premier acte par quelque autre pensée. Dans les manies d'oscillation il ne peut pas rester en place sur le premier phénomène et il passe incessamment à quelque autre. En un mot le caractère essentiel de toutes ces manies c'est qu'à l'occasion du premier phénomène insuffisant ou mieux à la place de ce premier phénomène l'esprit met autre chose : « je ne puis pas en rester là, disent-ils tous, il me semble que, si j'en restais à ce premier point, il arriverait des choses épouvantables » et tous en somme obéissent à ce besoin en substituant un second travail au premier.

Quel est ce second travail qui constitue essentiellement la rumination, l'agitation ou l'angoisse. Au premier abord, ces phénomènes secondaires semblent de même nature que les primaires : ce sont toujours des actes à faire, des croyances à préciser, des émotions à ressentir. Cependant les phénomènes sont loin d'être identiques.

D'abord ce ne sont pas des actes réels, c'est-à-dire des opérations de l'homme qui apportent un changement plus ou moins profond et plus ou moins durable dans le monde extérieur. Les mouvements que le malade exécute sont en général insignifiants. Ce sont des gesticulations, des secousses des bras, de la tête, ou des paroles prononcées à mi-voix : « non, non, té, té, té, té, 4, 3, 2. » Les mouvements semblent plus importants dans les efforts comme ceux de Claire ou dans les agitations motrices comme celle de Nadia. Mais ces crises ont des caractères bien spéciaux qui restreignent leur importance. Les malades n'accomplissent aucun acte vraiment utile ou vraiment répréhensible : ils s'agitent, crient, menacent quelquefois leurs proches, mais en réalité les malades que nous étudions ici ne font jamais de mal à personne. Quand ils s'en prennent aux objets et menacent de tout briser il y a énormément d'exagération dans leur attitude. Ils ne cassent que des objets insignifiants auxquels ils ne tiennent pas. Si un jour Nadia a renversé un encrier, je crois que c'est tout à fait par hasard et qu'elle a été la première très dupe de ce résultat de ses agitations ; le plus souvent ces actes absurdes disparaissent dès qu'ils pourraient prendre quelque importance.

Les malades s'y laissent aller, par exemple quand ils sont seuls ou devant des personnes qui les connaissent assez pour n'avoir plus rien à apprendre en les voyant, mais dès qu'entrent des étrangers pour lesquels ces grimaces pourraient être révélatrices, ils se reprennent et tout s'arrête au moins momentanément. Claire est remarquable à ce point de vue et ne consent « à faire la folle » que devant sa mère, sa domestique ou son médecin. Enfin, on a déjà vu, en étudiant les tics, que ce sont des mouvements simples, maladroits, souvent symétriques, comme dans l'enfance, en un mot des mouvements d'ordre très inférieur.

Dans d'autres cas ces phénomènes semblent plus complexes puisqu'il y a de nombreuses pensées. Ce que vaut cette pensée est bien précisé par ce mot de rumination mentale, c'est une opération qui reste simplement mentale, intellectuelle et qui n'arrive pas à devenir réelle sous forme de croyance ou d'action. Ce sont des images légères, incomplètes, des mots surtout exprimant des idées vagues qui surgissent à la place de l'action concrète que le sujet n'exécute pas. Le sujet s'embrouille au milieu d'innombrables idées abstraites qui peuvent être rattachées d'une manière quelconque à la pensée primitive. « Il me semble, dit Gisèle, que j'approfondis l'idée d'une action très simple que je ne fais pas ; j'en vois tous les détails, même des détails très lointains qui s'y rattachent à peine ; je me fais l'effet d'être entrée dans l'idée, elle me tient, m'enserre de tous côtés et je ne puis plus en sortir. C'est comme si j'avais en moi-même un second moi détraqué qui voit tout ce que l'on peut penser à propos de la moindre action. »

Il est trop évident qu'ils n'inventent rien dans leurs ruminations : de ces heures de méditation si profonde il ne sort jamais un fragment d'idée à peu près intéressante ; il n'en sort pas non plus une seule croyance. Il est facile de voir que le malade ne prend pas au sérieux toutes les sottises qu'il radote ; ses menaces, ses idées de culpabilité ou de danger restent pour lui tout à fait superficielles puisqu'il ne met jamais ses actions en rapport avec elles.

D'autre part, ces idées manifestent en réalité peu d'intelligence : on peut dire que cette rumination est enfantine et qu'elle est bête. Je m'étonnais beaucoup, au début de ces études, de la discordance qu'il y avait entre les ruminations d'une personne et son niveau intellectuel. Lise est une femme instruite, qui a lu

un certain nombre d'ouvrages philosophiques, les comprend assez bien et dans ses conversations montre un esprit assez large. Ses ruminations ressemblent aux questions obstinées des petits enfants qui ont la manie du « comment » et du « pourquoi ». D'autre part ses bavardages sont remplis par les plus basses superstitions : ce sont des raisonnements sur le diable et le bon Dieu, des petits marchandages avec le ciel et avec l'enfer dignes d'une religion de peuplade nègre. La malade sait fort bien que c'est stupide, elle se rend compte que c'est de beaucoup au-dessous de son niveau mental habituel, il en est ainsi chez tous et l'on peut dire que ces pensées semblent manifester un retour à l'enfance et un retour à la barbarie.

La rumination se rapproche aussi du rêve dont elle a le vague, la répétition monotone et l'incohérence. Un autre caractère du rêve qui se retrouve dans ces ruminations c'est la déclamation. Le rêve, comme on sait, est déclamateur « une puce me pique, dit Descartes, et je rêve à un coup d'épée ». De même dans ces ruminations tout est pris au tragique ; il ne s'agit que de mort, de crimes contre nature, d'infanticide, de pacte avec les démons. Il y a un contraste ridicule entre le fait et l'expression quand on entend Nadia s'écrier : « si je fais une seule fausse note dans mon morceau, je jure par l'âme de ma mère que j'irai en enfer ce soir et mon idéal aussi. » La déclamation qui est un grand caractère des maladies mentales domine dans le délire de persécution où la moindre offense prend l'aspect d'une cruauté inouïe, elle fait aussi le fond de ces ruminations où tout est grandi dans l'expression beaucoup plus que le sujet ne le pense en réalité.

Les idées qui envahissent l'esprit pendant la rumination représentent donc des idées d'un autre âge, des idées d'enfance, des pensées d'une civilisation ancienne et inférieure ou d'un milieu social plus humble, et des idées analogues au rêve. Ne puis-je pas dire en conclusion que ce sont des idées *inférieures* à celles que le sujet devrait normalement avoir dans les circonstances où il se trouve placé.

Les angoisses paraissent des phénomènes plus importants puisqu'elles donnent lieu à de grandes souffrances. Mais on peut remarquer que leur importance est plus apparente que réelle : ces grands mouvements viscéraux, ces palpitations du cœur, ces respirations rapides sont le plus souvent sans aucun danger et amènent moins de syncopes, moins d'évanouissements, moins de

maladies sérieuses que les émotions réelles et moins bruyantes. On connaît beaucoup de maladies produites par des émotions, mais il est bien rare qu'on les observe après des agoraphobies ou des éreutophobies.

Ces émotions pathologiques, en effet, ne sont pas des émotions précises en rapport avec une situation réelle, ce sont les émotions les plus simples, les plus élémentaires et les plus abstraites en quelque sorte. Les angoisses se rapprochent de la peur qui est la plus élémentaire des émotions, qui existe tout à fait au début de l'évolution des sentiments. Et même, comme on l'a vu, l'angoisse n'est pas précisément de la peur, c'est une émotion encore plus élémentaire que celle de la peur. En réalité ce sont des convulsions viscérales très désordonnées, comme les mouvements eux-mêmes dans les agitations motrices. On peut donc les considérer comme des phénomènes inférieurs au-dessous des émotions qui devraient réellement se développer à ce moment.

En un mot, aux phénomènes primaires qui ne sont pas exécutés ou qui sont exécutés avec un certain trouble se substituent des phénomènes secondaires qui ont comme caractère essentiel d'être des phénomènes psychologiques exagérés sans doute, mais élémentaires, inférieurs, sans rapport avec la réalité extérieure et par conséquent tout à fait inutiles.

4. — Caractères apparents des agitations.

A côté de ces caractères essentiels de la crise se placent certains caractères apparents qui jouent un grand rôle dans les descriptions classiques des obsessions, *la conservation de la conscience pendant la crise, l'irrésistibilité de ces agitations* et *la satisfaction consécutive à la fin de la crise.* Ces caractères qui sont compris en général d'une façon très vague nous semblent beaucoup moins importants que ceux qui viennent d'être étudiés. Il suffit de les signaler rapidement ici pour montrer qu'ils rentrent en réalité dans un groupe de faits beaucoup plus vaste, celui des sentiments éprouvés par le sujet pendant les crises et qu'ils nous amènent à une nouvelle étude.

En premier lieu, le caractère insignifiant des opérations secondaires est jusqu'à un certain point apprécié par le sujet lui-même

qui semble se rendre assez bien compte de l'inutilité et de l'absurdité de telles opérations. C'est là ce qu'on appelle la *conservation de la conscience* pendant la crise.

Faut-il entendre par là que le sujet sait comme nous que ces mouvements, ces efforts, ces procédés de perfectionnement, ces recherches mentales n'ont aucun sens et que ce sont des rêves puérils ? Évidemment non, car alors il n'aurait aucune maladie ; s'il arrivait à la négation nette et définitive sur un point, il aurait terminé ce premier acte qui est le point de départ de tout le reste et il n'aurait pas de rumination. En réalité il n'arrive jamais à cette négation, car il nous demande toujours, comme il se le demande à lui-même : Est-ce que je suis maudit à cause de mes serments ? Est-ce que je ne dois pas chercher à faire mieux ? Est-ce qu'il n'y a pas de danger ? Ce qu'on appelle conscience de la rumination ne doit pas être pris dans le sens de négation de la rumination.

Faut-il entendre par cette conscience de l'obsession que les fonctions psychologiques restent intactes pendant cette période ? Nous aurons à étudier ce problème en détail dans le chapitre suivant, mais dès maintenant la réponse est probable. Peut-on considérer comme intact l'état mental d'un sujet qui ne peut parvenir au terme des actes volontaires, des croyances, des émotions qu'il commence et qui remplace ces actes par des opérations inutiles et absurdes ? Il est bien probable que la conscience dans ce sens n'est pas conservée.

La conscience que le malade a de la valeur de ces phénomènes secondaires me semble consister simplement en ce fait qu'il ne se livre pas complètement à ces opérations, qu'il n'est pas complètement envahi par l'agitation, par l'interrogation, par l'angoisse. L'opération lui semble incomplète et il ne se laisse pas aller à un véritable délire. Il critique ces opérations, il en est mécontent comme il était mécontent des opérations primaires ; il applique ses manies du doute à ses ruminations elles-mêmes. Nous retrouvons ici les mêmes sentiments d'insuffisance qui existent partout mais qui ici rendent service au malade en l'empêchant de délirer complètement.

Un autre caractère présenté presque toujours en second lieu semble avoir plus d'importance, c'est l'*irrésistibilité* du processus mental pathologique. Ces trois opérations secondaires : les mou-

vements, les ruminations, les angoisses sont toujours représentées comme s'imposant au sujet d'une manière irrésistible. Zwangsvorstellungen disait Westphal, Zwangsprocessus disait M. Meschede, diathèse d'incoercibilité psychique, disait M. Tanzi[1]. M. J. Donath de Buda-Pest[2] avait même proposé pour réunir tous ces faits le nom bizarre d'anancasmes (ἀνάγχη).

Ce caractère est pourtant moins clair qu'on ne se l'imagine. Veut-on dire par là que ces phénomènes sont déterminés, qu'étant données certaines circonstances physiologiques et psychologiques qui en sont les conditions, ils ne peuvent pas ne pas se produire? Mais c'est là simplement l'expression de la loi générale du déterminisme à laquelle sont soumis tous les phénomènes sans exception, qu'ils soient pathologiques ou non. Pourquoi ne pas dire aussi que le syllogisme, la colère, la mélancolie ou la démence sont des swangsprocessus ?

Veut-on dire par là que ce sont des opérations qui amènent toujours régulièrement à leur suite l'exécution d'un acte auquel pense le sujet ? Si l'on parle d'homicides, de suicides, de vols, d'actes véritables, c'est-à-dire d'actions qui modifient la réalité donnée, peut-on dire que les obsédés présentent des impulsions irrésistibles ? En aucune façon : ces malades, qui n'arrivent pas à exécuter les choses les plus simples, exécutent encore bien moins les actions complexes et invraisemblables dont ils ont l'idée. Nous avons vu que les obsessions des scrupuleux n'aboutissent jamais ni à l'exécution matérielle, ni à la croyance, ni à l'hallucination ; en ce sens elles ne sont donc aucunement irrésistibles.

Veut-on dire que les opérations dont l'exécution est régulière et nécessaire ce sont ces opérations secondaires et inférieures, tics, agitation motrice, efforts, ruminations, émotions angoissantes ? Cela semble ainsi un peu plus juste, car ces processus secondaires se déroulent en effet assez fréquemment et régulièrement dans les conditions que nous avons indiquées. Est-ce là une nécessité particulièrement absolue qui mérite à la rumination mentale le titre d'irrésistible qu'on n'a pas l'habitude d'appliquer à une crise d'hystérie ou d'épilepsie ? En aucune façon : ces processus peuvent se transformer les uns dans les autres, si je m'op-

1. Tanzi, *Archivio italiano per le mallattie nervose*, 1891.
2. J. Donath, *Archiv. für Psychiatrie*, 1896.

pose à ce que Cha... cherche mon adresse en se promenant à grands pas, il interrompt réellement son travail, mais il a une crise de suffocation, ce qui n'est pas une recherche mentale. D'ailleurs des malades peuvent eux-mêmes tout arrêter : M. Brissaud a beaucoup insisté pour montrer que les tics peuvent être momentanément supprimés par la volonté. Nous l'avons déjà vérifié bien souvent pour tous ces phénomènes, Qi..., qui a une coprolalie si remarquable à l'hôpital, cesse complètement dans les rues de peur de mauvaises aventures, Claire suspend ses contorsions dès que quelqu'un vient à entrer, Wo..., plongée dans ses ruminations à propos d'un compte, remet la crise à plus tard parce qu' « on l'appelle pour dîner et qu'il y a du monde ». D'ailleurs c'est en se servant de cet arrêt volontaire, difficile peut-être mais toujours possible que l'on arrive à restreindre ces troubles psychologiques. D'autre part, comme je l'ai remarqué dès le début, ces opérations forcées ne s'exécutent pas automatiquement à l'insu du sujet comme l'écriture subconsciente des hystériques. Nous avons vu que le malade y participe et qu'il doit même faire des efforts conscients pour les exécuter. Tout cela constitue-t-il de l'irrésistibilité réelle ?

Je crois que ce qualificatif d'irrésistible a été appliquée à ces faits non par le médecin observant du dehors, mais par le malade lui-même et qu'il exprime simplement un sentiment que le sujet éprouve relativement à ces phénomènes secondaires. Les malades répètent tous qu'ils ont perdu leur liberté, leur volonté : « je n'ai plus un atome de volonté, je suis emportée par une force étrangère, je ne m'appartiens plus, etc. ». Ces phrases sont perpétuelles sous toutes les formes. Elles expriment un fait que je crois mportant dans la pathologie mentale et qui joue en particulier un rôle capital dans le délire de persécution : la perte du sentiment de la liberté. Ce sentiment de liberté vrai ou faux, peu importe, accompagne chacun de nos actes volontaires et il se perd dansdes circontances pathologiques qu'il serait très important de pouvoir bien déterminer.

Le sentiment de la perte de la liberté correspond ici à deux choses : d'abord à un sentiment d'incapacité et d'impuissance qui est dû à ce que le phénomène primaire, acte volontaire, attention, croyance, émotion supérieure que le sujet désirait, qu'il voulait, qu'il avait même commencé ne se produit pas, n'arrive pas au terme prévu et qu'il y a une déception, puis à cet autre fait,

c'est qu'à la place du phénomène espéré s'en produit un autre qui est inutile, absurde et dans certains cas douloureux. L'irrésistibilité est donc un sentiment du malade qui rentre dans la catégorie de tous ces sentiments de mécontentement, qui, comme on l'a vu, accompagnent l'arrêt des actes volontaires. Pour l'étudier plus complètement nous arrivons à cet examen des altérations mentales chez le scrupuleux dont nous avons déjà vu la nécessité.

Enfin le troisième caractère que l'on attribue d'ordinaire à ces phénomènes, c'est la satisfaction qu'éprouve le malade quand il a obéi à l'impulsion qui le pousse. Cette formule que l'on répète toujours me semble comme les précédentes très vague et souvent discutable.

Le malade n'exécute presque jamais une action bien précise, ce n'est donc point dans l'exécution finale d'une impulsion, qu'il éprouve du contentement. Veut-on dire par là qu'il est heureux d'avoir accompli des tics, des ruminations, d'avoir éprouvé des angoisses ? Il éprouve bien un certain soulagement très naturel quand cette crise pénible est finie, mais il n'est ni fier, ni heureux d'avoir de nouveau cédé à un besoin qu'il trouve ridicule. Je n'ai guère vu les malades satisfaits à la fin de leur crise, ils sont fatigués et honteux d'eux-mêmes. MM. Pitres et Régis[1] font la même remarque et disent qu'il s'agit plutôt d'un apaisement consécutif.

Veut-on dire qu'il y a un état de satisfaction pendant la durée même de l'opération forcée. M. Roubinovitch cite un cas où le malade est heureux de retourner à sa rumination[2]. Cela me paraît plus juste, mais à la condition de faire une distinction indispensable. De ces trois opérations forcées il y en a une qui est particulièrement douloureuse c'est l'angoisse, tandis que les deux autres sont moralement pénibles, mais ne sont pas physiquement douloureuses. En outre cette opération pénible, l'angoisse, peut, au moins chez certains malades, remplacer les agitations motrices ou les ruminations, si celles-ci sont arrêtées par un effort de volonté. Si le malade supprime ses manies, cesse de tiquer, il aura de l'angoisse, s'il s'abandonne de nouveau à ses manies

1. Pitres et Régis, *op. cit.*, 54.
2. Roubinovitch. Etat de satisfaction pendant la durée même de l'obsession continue. *Congrès des aliénistes français*, La Rochelle, 1893.

d'expiation, à ses tics, il sera au moins débarassé de l'angoisse.

Comme le malade a fort peu d'énergie et de courage, il aime mieux se laisser aller à toutes ses sottises plutôt que de s'exposer à des suffocations pénibles. Cette satisfaction que l'on note chez le malade qui cède à certaines impulsions me paraît être simplement une préférence pour certains de ses phénomènes pathologiques plutôt que pour les autres, simplement parce qu'ils déterminent moins de douleur physique. C'est une résignation à un moindre mal plutôt qu'une satisfaction.

En un mot, ces trois caractères de la conservation de la conscience, de l'irrésistibilité, de la satisfaction que l'on donne toujours comme les caractères essentiels de la crise d'agitation forcée ne sont pas des caractères psychologiques objectifs reconnus par le médecin. Ce sont des caractères subjectifs, c'est-à-dire des sentiments de doute, d'absence de liberté, de résignation que le malade exprime lui-même à propos de ses crises. Pour comprendre ces caractères nous sommes donc amenés à étudier les sentiments qu'éprouvent les psychasthéniques à propos de leurs crises, à examiner leur état mental pendant la crise et en dehors de la crise.

Si nous laissons de côté ces sentiments subjectifs pour nous borner à résumer ici les caractères objectifs, les crises d'agitation forcée nous paraissent essentiellement un ensemble d'opérations psychologiques, des pensées, des actes, des émotions qui sont inutiles et d'ordre inférieur et qui se développent d'une manière exagérée à l'occasion d'un acte, d'une attention, d'une croyance, d'une émotion qui n'ont pas pu s'exécuter ou qui ne sont exécutés que d'une manière très incomplète. Pour comprendre cette altération du phénomène primaire qui est l'occasion du déclanchement des phénomènes d'agitation forcée il nous faut encore examiner l'état des fonctions psychologiques du sujet, l'état de sa volonté et de son attention. Ces études doivent se joindre à celle des sentiments dont je viens de parler et nous permettront de nous faire une idée générale de ces crises.

CHAPITRE III

LES STIGMATES PSYCHASTHÉNIQUES

Les premiers auteurs qui ont décrit des obsessions ont été surtout frappés de ce fait que les malades ne déliraient pas à proprement parler. Ceux-ci n'arrivaient jamais à être convaincus de leurs idées délirantes, ils luttaient contre elles et se montraient les premiers à les déclarer fausses et ridicules. Devant ces déclarations les observateurs concluaient à la lucidité de l'esprit et à l'intégrité des fonctions psychologiques. Legrand du Saulle allait jusqu'à dire que l'intelligence restait parfaite et la liberté morale intacte pendant la crise. La conservation de la conscience, et par ce mot on entendait l'intégrité des fonctions psychologiques aussi bien que l'appréciation exacte de la valeur des idées, était devenue un des caractères classiques de la crise d'obsession, à plus forte raison personne ne songeait à soupçonner des troubles de ces fonctions psychologiques dans l'intervalle des crises.

M. Séglas, l'un des premiers, je crois, a mis en doute cette fameuse conservation de la conscience : « Est-il bien juste de dire, remarque-t-il, que la conservation de la conscience soit toujours complète chez l'obsédé, avant, pendant et après les paroxysmes[1] ? » Cet auteur ne croit pas que, surtout pendant la crise, les obsédés aient « la notion complète de tous les éléments constituant à ce moment leur personnalité. La synthèse secondaire obnubile et même efface la conscience principale. » Aussi admettait-il que pendant la crise il y avait des altérations des diverses fonctions psychologiques, quoiqu'elles ne fussent pas directement engagées dans l'obsession elle-même.

Si l'on veut bien y réfléchir, ces troubles psychologiques pendant la crise d'obsession, et j'ajouterai même en dehors de la

1. J. Séglas, *Leçons sur les maladies mentales et nerveuses*, 1895, p. 118.

crise, sont infiniment vraisemblables. Est-il possible que des pensées absurdes, des manies inutiles et ridicules, des craintes injustifiées viennent remplir un esprit pendant plusieurs heures s'il est parfaitement sain et capable de leur résister. Cela est tout à fait contraire à tout ce que nous savons déjà sur la suggestion et sur les idées fixes des hystériques. Les phénomènes ne sont sans doute pas absolument comparables, mais il y a une analogie suffisante pour que nous supposions chez les obsédés comme chez les hystériques une certaine insuffisance de résistance qui permette ce développement parasitaire. Bien plus, toutes ces manies sont au fond de mauvaises habitudes, elles ont dû naître et grandir avant de constituer ces crises et par conséquent même avant les crises, même dans leur intervalle, l'esprit qui a favorisé un pareil développement ne devait pas être bien normal. En un mot il serait très important, pour mieux comprendre les obsessions, de savoir sur quel terrain elles se développent et de constater les altérations fondamentales des fonctions psychologiques qui en ont probablement été le point de départ.

Ce sont des modifications dans le fonctionnement des opérations psychologiques indépendamment de l'obsession et des opérations forcées que je désigne sous le nom de *stigmates psychasthéniques,* analogues à ces « stigmates psychiques des tiqueurs » dont parlait déjà Charcot quand il concevait bien la nécessité de leur étude[1].

Malheureusement l'étude de ces stigmates psychasthéniques est encore plus difficile à faire que celle des stigmates hystériques. On sait quelle difficulté apporte à l'étude des hystériques leur suggestibilité ; il est toujours très difficile, surtout si l'on veut faire des expériences, de savoir ce qui est un trouble psychologique fondamental et ce qui a été ajouté par des suggestions maladroites. Ici, les obsessions et les manies mentales des sujets apportent des difficultés encore plus grandes. Beaucoup de ces malades sont disposés à croire que leurs facultés sont altérées, soit en vertu d'obsessions de honte, soit en vertu d'obsessions hypocondriaques, peut-on croire à leurs appréciations d'eux-mêmes ? Par exemple, est-il possible de se faire une idée exacte de l'état mental de Claire en l'interrogeant sur ses propres facultés ? Elle a

1. Charcot, *Leçons du mardi*, II, 16.

l'habitude de se croire complètement idiote, de se rabaisser en tout; aussi va-t-elle vous faire une description fantastique de ses propres facultés comme si elle voulait passer pour une démente. D'autre part, si au lieu d'interroger les sujets on examine leur conduite dans des cas déterminés, on verra qu'un grand nombre d'actes sont arrêtés, inhibés par des manies mentales et cependant il ne faut pas croire à leur suppression : si l'on rencontre Bu... assis par terre le long d'un mur et incapable de traverser la place il ne faut pas en conclure qu'il ne sait pas marcher. Ces deux difficultés peuvent fournir des objections perpétuelles contre tous ceux qui essayent de décrire les stigmates des psychasthéniques, on pourra toujours me répondre que tel trouble de la perception ou de la volonté est produit par une idée quelconque, par une manie, un tic ou une angoisse qui a arrêté l'acte au moment où je l'observais.

Cependant ces stigmates doivent exister et il y a certainement des troubles du fonctionnement mental qui sont antérieurs logiquement et chronologiquement aux idées fixes et aux manies. C'est pourquoi, tout en reconnaissant ces dangers, je crois nécessaire de tenter cette recherche en prenant le plus de précautions possible. D'abord, sauf dans des cas assez rares, les expériences compliquées me semblent à peu près impossibles, elles ont l'inconvénient d'attirer l'attention du sujet et de provoquer toutes ces réflexions et ces opérations forcées que l'on redoute; il faut user de l'observation et surtout de la comparaison des divers sujets. Il y a des troubles qui sont intéressants par leur grande généralité et qui apparaissent chez les sujets ayant des obsessions, des manies mentales ou des phobies absolument différentes, et n'ayant jamais eu l'esprit dirigé sur ces troubles. On observe aussi des troubles qui se développent avant la naissance des manies mentales et des obsessions, que nous retrouvons chez les malades simplement neurasthéniques, n'ayant encore aucune opération forcée. Enfin le raisonnement peut dans une petite mesure confirmer les remarques précédentes, quand il nous montre que ces troubles psychologiques ont été chez le malade le point de départ et non la conséquences des obsessions. Malgré ces précautions je continue à croire la recherche de ces troubles très difficile et la liste que j'en donne me semble devoir être souvent modifiée.

Ces troubles psychologiques ne m'ont pas semblé être de nature

différente pendant la crise ou en dehors de la crise, je n'établirai donc pas à ce point de vue de divisions, il suffit de se rappeler que les troubles les plus exagérés se présentent pendant la crise et qu'ils existent toujours chez les grands malades à un degré plus faible pendant les intervalles des crises.

Ces troubles se présentent à l'observateur de deux manières, d'abord d'une manière simplement subjective sous la forme de *sentiments* que ressent le sujet et qu'il exprime plus ou moins bien. La conscience est un réactif plus délicat que nos appareils et elle accuse des troubles que nous ne sommes pas capables de mettre en évidence d'une manière objective. Cependant dans les cas les plus nets nous pouvons constater ces troubles par la *conduite du sujet* et dans des cas déterminés indépendamment des sentiments qu'il en exprime. J'étudierai d'abord ces sentiments subjectifs, puis je chercherai à mettre en évidence ces mêmes troubles sous leur aspect objectif.

Enfin je signalerai plus rapidement dans une troisième section des troubles des fonctions physiologiques qui sont plus connus, car ils se retrouvent plus ou moins dans toutes les névroses.

PREMIÈRE SECTION

SENTIMENTS D'INCOMPLÉTUDE

Le mot « incomplétude » est un barbarisme que je prie le lecteur d'excuser, je n'ai pu désigner mieux le fait essentiel dont tous les sujets se plaignent, le caractère inachevé, insuffisant, incomplet qu'ils attribuent à tous leurs phénomènes psychologiques.

Ces sentiments qu'éprouve le sujet à propos de ses propres opérations mentales sont très variés et se modifient incessamment sous les plus légères influences. Je les distinguerai surtout d'après les phénomènes qui leur donnent naissance, suivant qu'ils se développent à propos des actions, à propos des opérations intellectuelles, à propos des émotions et des sentiments ou bien à propos de la conscience de la personnalité.

1. — Sentiments d'incomplétude dans l'action.

Les crises qui sont constituées par les opérations forcées, les ruminations, les agitations, les angoisses, débutent très souvent à propos d'une action. Le sujet doit faire quelque acte, il l'a même commencé ou accompli en partie et son esprit se trouve envahi par ces phénomènes en apparence irrésistibles. Il est tout naturel de se demander si dans cette action il y a quelque chose d'anormal, quelque chose qui puisse expliquer l'apparition de la crise. Dans les cas les plus simples, ainsi que nous l'avons vu, l'action est complètement supprimée ; mais il n'en est pas ainsi toujours, dans bien des cas l'observateur ne voit rien dans cette action qui manifeste le trouble objectivement, l'acte semble avoir été à peu près normal. Ainsi, Wo... a de grandes crises de rumination à l'occasion d'une prière ou d'une addition qu'elle vient de faire. Le mari qui l'observe constate cependant que la prière a été récitée correctement, à demi-voix, exactement comme les

autres soirs, que l'addition a été bien faite et que le résultat inscrit est juste. Il en est ainsi bien souvent et, à première vue, nous ne constatons dans ces actions rien d'anormal.

Mais le sujet n'est pas du même avis que l'observateur placé au dehors et il a dans l'esprit, à propos de cet acte, un ensemble de phénomènes très curieux. Ce ne sont pas des idées, c'est-à-dire des pensées abstraites et générales s'appliquant à cet acte et à d'autres, comme il en aura dans les obsessions, ce sont des sentiments, c'est-à-dire un phénomène plus concret s'appliquant à un état déterminé et à un seul. Le sentiment pris dans ce sens est pour la connaissance des faits internes l'analogue de la perception pour la connaissance des objets extérieurs. C'est une connaissance plus complexe que la simple sensation, une connaissance formée par le groupement de plusieurs faits élémentaires, mais s'appliquant cependant à un seul fait concret.

En général l'attention des psychologues n'a pas été suffisamment attirée sur ces sentiments qui accompagnent le développement de la volonté. Ils n'ont guère analysé avec soin qu'un seul d'entre eux, *le sentiment de l'effort*. Höffding est l'un de ceux qui ont le mieux signalé l'importance d'autres sentiments du même genre : dans le chapitre VII de son manuel il insiste sur la conscience de la volonté, sur le sentiment de la résolution. Ces sentiments qui accompagnent les opérations de l'esprit sont à mon avis particulièrement importants dans la pathologie mentale et serviront un jour à interpréter une foule de délires.

Pour le moment constatons que chez le scrupuleux les actes volontaires sont l'occasion d'une foule de sentiments anormaux, qui peuvent se résumer en un mot : le sujet sent que l'action n'est pas bien faite, qu'elle n'est pas faite complètement, qu'il lui manque quelque chose. Dans les premières manies de perfection ce sentiment est déjà très visible. Souvent il prend la forme morale : l'acte n'est pas bon moralement, c'est ce que l'on voit dans la manie des efforts. Souvent il s'agit simplement du point de vue pratique, l'acte n'est pas suffisant pour arriver à son but, il ne semble pas capable de produire la satisfaction cherchée, de là toutes les recherches du mieux, toutes les manies des procédés, enfin l'acte ou l'idée ou même l'émotion paraît manquer de netteté, ne pas avoir les caractères spécifiques qui lui appartiennent, être trop vagues, de là le besoin d'agir lentement, de recommencer et toutes les manies de précision.

Dans le deuxième groupe, celui des manies de réparation, le sentiment que le sujet éprouve à propos de son acte ou de son idée est encore plus visible, l'acte n'est pas seulement insuffisant, il est franchement mauvais, ici encore ce n'est pas uniquement mauvais au point de vue moral, c'est dangereux pour la vie, pour la santé, c'est ridicule, maladroit, incapable d'arriver au but. « J'ai le sentiment de rater tout ce que je fais, je ne fais que des choses absurdes, disent sans cesse tous ces malades, ce que je veux c'est retrouver ma vie, j'ai bien le droit de vivre comme tout le monde » et toutes les manies de réparations et tous les tics de défense semblent se rattacher à ce sentiment fondamental.

Dans les manies d'oscillation ce sentiment de mécontentement semble se généraliser, il ne porte pas sur une seule idée que l'on peut réparer en pensant à une autre, il porte sur toutes les idées possibles, le sujet les essaye successivement sans être satisfait d'aucune.

Ces sentiments se retrouvent à propos des crises d'agitation et des angoisses. C'est parce que l'acte semble impossible, qu'il y a des agitations, c'est parce qu'il semble imparfait, qu'il y a des efforts et des tics. Les angoisses se rapprochent des peurs et des désespoirs et quand elles se développent, l'acte paraît au sujet dangereux, effrayant ou ridicule.

Si nous cherchons à analyser ce sentiment de mécontentement nous voyons qu'il se décompose en une série de sentiments plus élémentaires relatifs à l'action. Ces sentiments n'existent pas seulement au début des crises, ils existent souvent et dans quelques cas d'une manière continuelle à propos de tous les actes que le sujet veut accomplir. C'est là un des symptômes primordiaux de la maladie qui existait bien avant que les ruminations, les angoisses et, surtout, les obsessions ne se soient développées.

1. — *Sentiment de difficulté.*

Pour apprécier la variété de ces sentiments il faut suivre l'acte volontaire depuis son début et voir la suite des sentiments engendrés dans l'esprit du malade. Ces personnes éprouvent d'avance des sentiments pénibles à la pensée qu'il faudra agir, *ils redoutent l'action* par-dessus tout. Leur rêve, comme ils le disent tous, serait une vie où il n'y aurait plus rien à faire. « Je voudrais

disait Fa... (169), une chose malheureusement bien difficile, je voudrais pouvoir faire toutes les actions à la fois, une fois pour toutes et ne plus avoir jamais rien à faire... ce désir d'en avoir fini me donne quelquefois du courage, je me hâte de finir pour qu'on ne me parle plus de faire quelque chose. »

Cette horreur de l'action volontaire se rattache à un sentiment exagéré de la difficulté de l'acte, le sentiment de l'effort et surtout la prévision de l'effort qui existe chez tout homme à la pensée d'un acte devient ici énorme. « Pas une seule chose, répète Jean avec désespoir, qui ne présente d'énormes difficultés, dès qu'il s'agit de la faire. » « Il y a là, me dit Fz... (59), des résolutions à prendre, il faudrait répondre à une lettre, il faudrait pour cela penser à ce que je dois écrire, avoir la conception de l'affaire. Oh, je suis épuisé rien que de songer à tout cela, cela va faire marcher l'orchestre dans ma tête, non il vaut mieux ne pas y songer pour le moment. »

« Je me demande, dit Nadia, comment je puis arriver à faire quelquefois des choses comme tout le monde. C'est tellement difficile, j'en suis tout à fait découragée d'avance. Je crois que j'ai de la volonté au fond, si je ne fais pas ce que vous voulez, c'est qu'il y a des difficultés épouvantables qui m'enlèvent toute mon énergie. » Il est bon de remarquer que ces paroles ne s'appliquent aucunement à des actions en rapport avec les idées obsédantes de la malade et que je ne lui demandais ni de manger ni de sortir ; il s'agissait simplement de commencer une tapisserie pour avoir une petite occupation.

Une de ces difficultés qui arrêtent le sujet c'est qu'il se représente d'avance *son insuccès*. Il sent qu'il va faire les choses très mal, d'une façon immorale et ridicule « j'ai une appréhension pour tout ce que je dois entreprendre, il me semble que si je commence je vais faire des horreurs », il est bon de remarquer que ce malade Bu... est simplement un agoraphobe et qu'il ne s'agit pas d'actes pouvant éveiller ses phobies. « Je me connais dit Nadia, il suffit qu'il y ait une mauvais action à côté de celle que je veux faire, je ferai la mauvaise... vous voulez que je me remettre à jouer du piano, mais avec mes doigts rouillés je vais très mal jouer, j'ennuierai tout le monde en recommençant, je ne peux pas me décider à jouer si mal que cela, ce serait honteux. »

Un sentiment voisin est le sentiment de l'*inutilité de l'action*,

surtout de son peu de valeur relativement aux efforts qu'elle va coûter. « Rien ne vaut la peine d'être commencé... A quoi cela sert-il..? Se donner tant de mal pour aboutir à quoi..? Autant vaut se tenir tranquille... »

2. — *Sentiment d'incapacité.*

Une variante du même sentiment nous fournira le sentiment d'*incapacité*. Quand le sentiment d'incapacité porte sur un acte déterminé il se rapproche un peu plus des obsessions : il en est ainsi dans le cas de De..., « qui s'effraye du mariage, qui n'a rien de ce qu'il faut pour rendre un homme heureux, pour élever des enfants, pour tenir un ménage, etc. » Mais beaucoup plus souvent ce sentiment d'incapacité est général : « je n'ai plus de goût à rien, je n'ai plus la force de faire quoi que ce soit » Dd... (18). « La vie m'effraye, dit Lo..., je sens que je ne pourrai rien en faire. » Un peu plus et ce sera le sentiment de paralysie comme chez Kl... qui trouve le mouvement demandé « presque impossible » ; elle s'arrête à « presque impossible », il est à remarquer que ces malades n'arrivent jamais à une idée aussi nette que celle de l'impossibilité absolue.

Ils ont un sentiment de faiblesse énorme à la pensé de faire un acte, sentiment qu'ils n'éprouvent pas quand ils ne songent pas à agir. J'ai observé chez Lkb..., femme de 22 ans, un phénomène curieux : elle est très calme sur sa chaise et ne réclame rien tant qu'on ne lui demande aucun effort ; si je l'encourage à agir, à travailler un peu, elle gémit sur la difficulté de l'acte « chez une personne qui se sent si faible » et la voici qui commence une crise de boulimie. Elle réclame à manger tout de suite, sinon elle va tomber de faiblesse : « elle va devenir folle, ou enragée, ou s'évanouir, si elle ne mange pas tout de suite ». On peut arrêter ce besoin énorme de nourriture, non en lui donnant à manger, mais en la tranquillisant sur l'action à accomplir. Si on lui déclare qu'elle est trop faible pour travailler, qu'il vaut mieux rester à se reposer, elle se calme et ne demande plus à manger. C'est en examinant des faits de ce genre que je suis disposé à croire au grand rôle du sentiment de la faiblesse et surtout de la faiblesse cérébrale dans le sentiment de la faim. On voit ici que ce sentiment de faiblesse et d'incapacité s'éveille à la pensée d'accomplir un acte.

Ce sentiment de faiblesse, d'impuissance personnelle me paraît jouer un rôle dans un langage bizarre que je retrouve chez plusieurs. Ils font toujours appel à une puissance mystérieuse qui les débarrasserait de l'action et surtout de la complexité de la situation donnée. « Il me semble que j'attends quelque chose avant d'agir, j'attends qu'une fée ait mis tout en ordre d'un coup de baguette... » (Vk...) « Je compte sur les magiciens, dit Rk..., ils vont tout préparer et je pourrai alors agir. » « Ah, dit Qsa..., si un miracle me permettait de faire peau neuve, me débarrassait d'un passé lourd, vous verriez que j'agirais très bien, mais la complexité des choses me tarabuste ; c'est trop dur pour moi, si le ciel ne m'aide pas. »

3. — *Sentiment d'indécision.*

Un des sentiments essentiels de la volonté, c'est le sentiment de la résolution, de la décision. Ce sentiment, comme dit Höffding, nous montre qu'une volition a réellement pris naissance, il distingue les possibles (le souhait et l'imagination) du réel (la résolution). « L'un des caractères particuliers de la résolution, forme la plus nette de la volonté, c'est que l'esprit s'y concentre ou s'y aiguise en regardant l'action possible comme la sienne propre. Avant d'exécuter réellement l'acte, nous le reconnaissons, nous le percevons comme faisant partie de notre moi. Nous l'adoptons ou anticipons sur lui, nous considérons comme un acte achevé ce qui, vu du dehors, n'est encore qu'une simple possibilité. Par opposition à l'action interne exprimée par la résolution, la multitude des souhaits et des imaginations variables ne sont que de pures possibilités[1]. » Il y a donc dans le sentiment de résolution un sentiment d'unité comme si une seule tendance avait persisté, un sentiment du développement de cette tendance qui devient plus forte qu'auparavant, un sentiment de personnalité puisque l'action est adoptée et nous semble dépendre de nous-même, un certain sentiment de plaisir qui accompagne la fin d'une lutte et l'exaltation de la force.

Aucun de ces sentiments ne se développe naturellement chez les scrupuleux, ils n'ont jamais le sentiment d'ensemble, qu'ils

1. H. Höffding. *Esquisse d'une psychologie fondée sur l'expérience*, traduction L. Poitevin, 1900, p. 442 (F. Alcan).

sont décidés ou s'ils l'ont, ils le sentent faible et incomplet et ils ont constamment peur de le perdre. Ka..., homme de 57 ans, que je choisis précisément parce qu'il n'a pas de véritables manies ni de vraies obsessions, veut que ses actions soient faites très vite, il est impatient d'en voir l'exécution « parce qu'il a peur que sa décision ne se maintienne pas, il est si rare qu'il en ait pris une. » Rt... (89), femme de 35 ans, n'arrivant jamais au sentiment de décision, se figure qu'elle n'ose pas prendre un parti.

L'histoire de Tr... est amusante sur ce point, elle nous présente comme une image concrète du sentiment d'indécision. Cette jeune fille que j'ai déjà citée à propos des manies de la délibération, a comme profession le modelage des fleurs en porcelaine : elle est laissée à son inspiration pour la forme et la courbe élégante des pétales. Le premier signe de sa maladie c'est qu'elle gagne moins d'argent dans sa journée, parce qu'elle fait plus lentement ses pétales de roses : en effet elle hésite toujours entre deux plis, ou deux courbes à adopter et elle ne sent plus comme autrefois que pour tel pétale donné le pli est définitif; elle dit très bien qu'ayant le pétale en main, même quand il devrait être terminé, elle continue à se représenter deux ou trois formes possibles et non plus une seule comme autrefois. Ce sentiment s'accompagne d'une sorte de petite douleur à la place du petit plaisir qu'elle avait autrefois à terminer un pétale et à le trouver joli.

Peu à peu le même sentiment envahit d'autres actes. Ayant un peu d'économies elle devait employer quelque argent à s'acheter un objet de toilette : « autrefois j'aurais su choisir et le choix fait j'aurais eu un plaisir; je sens que je n'ai pas choisi, que je continue à me représenter plusieurs objets à la fois et même si j'en prends un, je n'aurai pas de plaisir. » Qei... remarque très bien elle-même que les décisions et les choix ne se terminent pas dans son esprit, que rien n'est fini et que cela est pénible. La même phrase se retrouve partout : « pas de terminaison, dit Gisèle... Je ne peux tirer la barre, dit Lod... Je ne puis me décider, ni prendre un parti, dit Lise : si je recommence la discussion, c'est parce que je sens qu'il reste deux idées ». Non seulement Nadia mais toutes les personnes de sa famille ont ce sentiment d'hésiter toujours, d'avoir de la peine à se décider : « j'ai beaucoup de volonté en théorie, dit Nadia, mais je suis trop fatiguée pour avoir l'air d'en avoir » ; ces jeunes filles ont la singulière habitude de prendre des précautions contre elles-mêmes pour rendre leurs décisions

irrévocables. Quand l'une d'entre elles avait pris ou à moitié pris une petite décision quelconque, bien insignifiante d'ailleurs, sur la couleur d'un ruban ou sur une lettre à écrire, elle devait le notifier à chacune de ses sœurs ou bien l'écrire sur un papier afin de ne plus pouvoir changer. Y a-t-il bien loin de cette habitude puérile aux serments et aux pactes ? Quant à Jean, c'est chez lui la douleur d'une indécision perpétuelle : bien entendu l'acte est reculé jusqu'à ses dernières limites et à mesure qu'approche l'instant où la décision va être inévitable, les souffrances augmentent ; mais ce trouble est déjà chez lui tout à fait pathologique, il devient une manie de l'oscillation plus qu'un des troubles des sentiments. Aussi ces malades désirent-ils toujours qu'une autre personne ou même une divinité prenne les résolutions pour eux. « C'est la responsabilité de mes actes que je ne peux pas prendre, dit Wo... je demande énormément d'avis, de conseils, et même si j'ai une opinion personnelle, je finis toujours par suivre ces conseils, c'est moins pénible que de me décider d'après moi-même... » « Ah ! si je pouvais être toujours simple manœuvre, me dit un artiste Qsa..., obéir à quelqu'un qui me dispenserait de choisir... si quelqu'un me donnait toujours le plan, la place des figures, le reste irait bien, mais la décision, c'est atroce... »

Je rattacherai aussi à ce sentiment une disposition curieuse à se représenter un changement imprévu de décisions. « Eh bien oui, c'est décidé, dit Jean, mais s'il arrive des circonstances graves, je ne sais pas d'avance lesquelles, qui m'empêchent de faire ce que je vous ai promis, il ne faudra pas m'en vouloir : vous savez bien que tout peut arriver. » Cette observation se trouve bien notée dans un roman célèbre. « Il pensait qu'à tout prendre ces engagements n'étaient que de la pure convention, sans signification précise, et que d'ailleurs personne n'était sûr du lendemain, et ne pouvait savoir s'il n'arriverait pas quelque événement extraordinaire qui emporterait, avec la vie, l'honneur et le déshonneur. Cette façon habituelle de raisonner bouleverse souvent les décisions en apparence les plus arrêtées[1]. »

4. — *Sentiment de gêne dans l'action.*

Si le sentiment d'unité de la décision n'existe pas, nous ne

1. Tolstoï, *La guerre et la paix*, I, p. 33.

voyons pas non plus ce sentiment de facilité, d'entrainement qui est dû au développement d'une seule tendance persistante : il est remplacé par un sentiment de *gêne*, de résistance dans l'action. Ce sentiment peut se préciser plus tard et les malades vont prétendre que c'est telle ou telle manie, telle ou telle phobie, telle ou telle idée qui les gêne pour agir, mais il est visible qu'au début ils ne savent pas eux-mêmes ce qui les gêne ou plutôt que cette gêne est extrêmement variable et produite par n'importe laquelle des tendances non définitivement éliminées.

Le fait est très net chez Byl..., jeune fille de 21 ans. Elle finit par faire des sottises tellement elle est agacée par ce sentiment de gêne constante pour tout ce qu'elle veut faire. Claire, Nadia et toutes les autres décrivent le même sentiment au début de leur mal. « Oh la gêne, la gêne que j'ai ressentie toute ma vie dès qu'il faut faire un acte quelconque, quel supplice ! » (Meu...) « je ne puis donc pas vivre sans être gênée ! » (Vol...) « Toute ma vie le supplice de la gène, jamais un acte qui se soit fait naturellement... » (Vk...) « Toujours quelque chose qui entrave mes entournures ». (Jean) Il ne faut pas se figurer que ce sentiment de gêne n'existe que dans l'émotion d'intimidation, il existe chez Rk... quand il s'agit de commencer dans son cabinet un travail sur la littérature française, aussi bien que chez Brk... quand elle doit se mettre à coudre une robe, chez Vol... quand elle travaille pour son ménage. C'est le sentiment de la difficulté de l'acte, non plus quand on le prépare par l'imagination, mais quand on le réalise, on ne saurait trop insister sur l'importance de ce sentiment.

5. — *Sentiment d'automatisme.*

Dans la décision il y a, comme nous l'avons remarqué, un sentiment de possession, de personnalité, puisque l'action nous semble adoptée par nous-mêmes ; on ne sera pas surpris de voir ce sentiment manquer totalement chez les scupuleux, c'est ce qui produit le sentiment d'automatisme dont l'importance dans les maladies mentales, est, à mon avis, tout à fait considérable. Le malade de Ball décrit très bien cette impression « dans cet état atroce il faut cependant que j'agisse comme avant sans savoir pourquoi. Quelque chose qui ne me paraît pas résider en moi me pousse à continuer comme avant et je ne puis pas me rendre compte

que j'agis réellement, tout est mécanique en moi et se fait inconsciemment[1] ».

Tous nos malades tiennent le même langage, les mots « machines, automates, mécaniques » reviennent constamment dans leur langage : « je ne suis qu'une machine, dit Lise, et je dois faire des efforts bien pénibles pour rester quelqu'un. » « J'agis toujours en rêve, dit Nadia, comme une somnambule. » « Je suis dans mes accès un automate, dit Dob..., je vois mes mains et mes pieds, je les sens faire des actions sans que je les veuille. Pourquoi ne feraient-ils pas des sottises puisqu'ils agissent sans moi? Quand je suis dans un chemin de fer en marche, je sens mes mains qui veulent ouvrir la portière, de la même façon que je les sens dessiner quand je travaille. » Même pensée chez Day..., « ce n'est pas moi qui agis, alors pourquoi mes mains ne pourraient-elles pas me faire mal, me blesser, puisque je sens depuis longtemps qu'elles agissent seules? Pourquoi en présence d'étrangers ne me laisserais-je pas aller à des actes de grossièreté puisque je ne me gouverne pas. » Ce sentiment joue un rôle dans toute la maladie de Claire, « elle s'exaspère de faire les choses comme une machine, elle ne peut pas s'y résigner » et elle fait des efforts comiques pour essayer d'échapper à ce sentiment. Quand on la pousse trop à accomplir une action, que l'on bouscule son hésitation, elle a une façon d'agir assez curieuse, elle cesse brusquement d'hésiter et fait l'action tout de suite à la condition qu'elle soit simple. Par exemple elle se roule sur son fauteuil depuis une demi-heure sans parvenir à me remettre une lettre qu'elle a à la main, je finis par me fâcher; alors elle se lève et me donne la lettre tout de suite. Mais elle reste désolée : « ce n'est pas moi qui ai fait l'action, ma main a marché toute seule... c'est mon corps, ce n'est pas ma volonté... je vous l'ai dit de bouche et non pas de cœur... c'est ma machine qui a fait cela, c'est une de mes autres personnes ». On voit combien le sentiment d'automatisme se mêle chez ces malades à toutes les manies précédemment décrites.

6. — *Sentiment de domination.*

Un degré de plus dans ce sentiment d'absence d'action person-

1. Ball, *Revue scientifique*, 1882, II, 43.

nelle, d'automatisme et les malades vont dire qu'il y a quelque chose d'extérieur qui pèse sur eux, qui détermine leurs actes ; en un mot ils vont attribuer à des volontés étrangères l'action qu'ils ne sentent plus dépendre de leur propre volonté. Vau..., jeune fille de 19 ans, qui est tout à fait une scrupuleuse, se plaint ainsi : « depuis quatre mois il me vient des idées baroques, il me semble que je suis obligée de les penser, de les dire ; quelqu'un me fait parler, on me suggère des mots grossiers, ce n'est pas ma faute si ma bouche marche malgré moi, il y a longtemps que ce n'est pas moi qui agis. » « Une force irrésistible me pousse, dit Dob,.. je suis comme fasciné. » « Je ne peux plus me retenir, dit Claire, c'est comme un fleuve qui m'entraîne, c'est comme si on m'enlevait ma liberté, comme si on me commandait d'avoir des pensées déshonnêtes, je souffrirais moins en faisant un acte mauvais avec ma liberté, qu'en faisant même des actions bonnes, toujours poussée par quelqu'un. »

On comprend bien que dans cette voie les malades vont bientôt avoir d'autres sentiments bizarres dérivant du premier. Le moins dangereux va être un désir fou, un amour passionné de cette liberté qu'ils croient avoir perdue : je ne puis expliquer autrement que comme une réaction contre le sentiment de domination, l'amour singulier de la liberté que manifestent tant de malades. On est, en effet, surpris d'une contradiction dans leurs sentiments. Ils ont besoin de direction, ils réclament un directeur de conscience et un maître et cependant ils se vantent de rester libres : ils s'effarouche si on leur commande trop ouvertement et ils parlent sans cesse d'une indépendance qui leur convient si peu. « Ce que je déteste le plus au monde, dit Nadia, c'est d'obéir à quelqu'un, si je fais des progrès je ne veux pas qu'ils viennent des autres, je veux sentir qu'ils viennent de moi, de ma propre liberté... » Lise se plaint toujours de manquer de liberté, « il y a quelque chose qui me gêne dans toutes mes actions, c'est que je ne suis jamais libre... c'est cela qui détermine mon agacement. » Le plus curieux est Voz..., jeune homme de 23 ans, qui déclame constamment sur la liberté. « C'est un devoir d'avoir un amour fou de la liberté,.. il faut qu'on l'aime par-dessus tout... ce mot a pour moi un sens précis, c'est le bonheur suprême auquel je tends de toutes mes forces. »

D'autres sentiments et d'autres idées plus dangereuses peuvent sortir du même point de départ. Jean a constamment l'idée

qu'il est trompé, qu'il est dupé par des gens plus habiles que lui. « Je suis constamment un garçon qu'on roule et qui s'en rend compte... » Il aime, ou il croit aimer une jeune fille et il interprète bien singulièrement son amour : « c'est comme si la belle-mère m'avait tendu un piège, je suis furieux de m'être laissé rouler, attraper ».

La plupart vont avoir simplement le sentiment qu'on leur en veut, qu'on les persécute : Voz... est persécuté par ses professeurs, Rp... par ses parents qui ont dû l'opprimer dans son enfance et qui doivent encore avoir la patte sur lui par l'intermédiaire de juifs puissants. Le délire de persécution est très voisin du délire du scrupule et je m'étonne qu'on les ait aussi complètement séparés l'un de l'autre ; nous aurons à étudier ce rapprochement.

Un sentiment fréquent c'est celui d'une domination irrésistible et mystérieuse qui dans un très grand nombre de cas est comparée à l'obligation morale ou religieuse. « Il me semble que c'est immoral d'agir ainsi, il me semble qu'il y a quelque obligation morale, quelque devoir sacré qui me pousse à agir ou qui m'empêche d'agir », c'est là un langage bien fréquent chez des malades qui n'ont pas encore, je le répète, d'obsession sacrilège ou d'obsession criminelle.

Mais souvent l'idée d'obligation mystérieuse est plus nette encore : « Quand j'étais petit, dit Rp..., je sentais une puissance mystérieuse qui me poussait, m'enlevait ma liberté, je croyais alors que c'était la sainte Vierge, maintenant je sens la même chose et je me demande s'il n'y a pas un sort contre moi. » « Cela m'exaspère, dit Nadia, de sentir toujours quelque chose de mystérieux qui me retient en arrière et m'empêche de réussir dans mes ambitions... il me semble qu'il y a une fatalité contre moi et elle ne me quittera pas tant que je vivrai... il me semble qu'il y a une fatalité qui plane au-dessus de ma tête et qui ne me quitte jamais... c'est mon destin qui amènera ce que je redoute le plus et qui me fera engraisser afin que je sois encore plus tourmentée... il y a une force qui me pousse à faire des serments idiots, c'est le démon qui me pousse. » « J'ai sans cesse, dit Gisèle, le sentiment d'une puissance supérieure qui m'étreint, le sentiment que je lutte contre quelque chose de supérieur, c'est cette puissance que j'ai appelée Dieu et que j'ai aussi envie d'appeler le diable. » Lise parle tout le temps de même : « il me

semble que je profane quelque chose de sacré en luttant contre cette puissance supérieure, c'est là ce qui me donne constamment l'idée du démon ».

7. — *Sentiment de mécontentement.*

Plusieurs auteurs ont insisté sur le sentiment de satisfaction qui accompagne toute action, toute création, c'est la joie de la puissance, la joie d'être cause [1]. Ce sentiment de satisfaction, remarque M. Lapie [2], existe dans la création de quoi que ce soit, même de la laideur, de l'erreur, de la souffrance. Cela est peut-être juste pour l'homme normal, mais cela est absolument faux pour les individus dont la volonté est malade. Les scrupuleux restent mécontents de leur action et d'eux-mêmes « puisque je ne puis arriver à faire les choses bien du premier coup, dit Cph... (116), il faut me laisser recommencer, je souffre trop de cette action insuffisante ».

« Si vous m'aviez laissée faire des efforts, j'aurais fait l'acte moi-même, et maintenant je suis désolée d'avoir agi comme une machine » (Claire). « Il est horrible de voir que mon action est encore inachevée, me dit Simone, je n'ai pas l'énergie qu'il faut pour achever... je suis un être inachevé. Donnez-moi donc le coup de pouce, le feu sacré, donnez-moi quelque chose pour me continuer ». Ce sentiment de mécontentement est en général mal exprimé, il semble s'appliquer à la perfection objective du résultat de l'action et comme ce résultat nous paraît suffisant, nous trouvons que ce sentiment est délirant. Nadia n'est jamais satisfaite d'une broderie qu'elle fait, elle veut toujours la défaire, la recommencer ; ceux qui examinent sa broderie et qui la trouvent parfaite ne comprennent rien à ce besoin. C'est que la malade se place à un tout autre point de vue : elle se plaint de n'avoir pas éprouvé pendant son travail les sentiments d'unité, de personnalité, de liberté qui accompagnent les résolutions et les volitions ordinaires et c'est pour cela qu'elle trouve que sa broderie est mal faite. C'est pour la même raison que Lise est mécontente de la musique qu'elle fait, de ses lectures, de tout son travail.

1. K. Groos. *Les jeux des animaux*. Trad., franç. (Paris, F. Alcan), 1902, p. 84.
2. P. Lapie, *Logique de la volonté*, 1902, p. 80.

Une variété intéressante de ce sentiment est l'impression de mensonge, de fausseté, de comédie que l'on retrouve si fréquemment chez les psychasthéniques. Bien des tiqueurs qui ont des torticolis psychiques ou des déviations de la taille connaissent mieux que leur médecin la nature du mal : « Mon médecin était inquiet et se demandait si je n'avais pas une coxalgie tuberculeuse ; je n'étais pas tourmentée comme lui, car je sentais bien que c'était une comédie, il me semblait que je jouais la comédie et que je ne pouvais pas faire autrement. » Cette impression se retrouve même quand les malades n'ont aucun tic et ne trompent en réalité personne. « Ne croyez pas ce que je viens de vous dire, dit Claire, je crois que j'ai menti, j'ai toujours l'impression que je ne dis pas la vérité. » « Ma vie est une comédie perpétuelle, dit Gisèle, il me semble toujours que je joue un rôle et que je n'agis pas sincèrement. » On verra toute l'importance de ce sentiment en le rapprochant des sentiments de rêve et d'irréel que nous allons retrouver à chaque instant.

Une autre variété va être le sentiment *d'humilité, de honte* qui se trouve chez quelques malades. Toq... ne se croit bon à rien, il se croit au-dessous de tous les autres, et Jean finit par se croire incapable de quoi que ce soit ; il ne veut plus rien essayer, rien tenter, convaincu de son infériorité. « C'est triste, d'être pour tout le monde un objet de risée et de passer à mon âge pour un parfait imbécile. » La moindre des choses exaspère ce sentiment d'infériorité. En entrant dans une réunion il a déposé sa canne au vestiaire et il s'aperçoit que plusieurs des assistants ont conservé la leur ; de là un désespoir car il se sent *moins qu'eux* et il est plus gêné que jamais.

Le sentiment de honte se retrouve chez une foule de sujets qui n'ont pas de véritables obsessions de honte, ils éprouvent ce sentiment d'une manière passagère et le trouvent eux-mêmes ridicule. A bien plus forte raison ce sentiment est-il considérable chez tous les malades chez qui nous avons décrit les obsessions de la honte du soi et les obsessions de la honte du corps. C'est un des sentiments essentiels des scrupuleux, mais j'ai insisté pour montrer qu'il se développait à la suite d'une foule de sentiments d'inachèvement et d'incomplétude de l'action.

M. Mourre, dans une étude sur l'aboulie, a montré l'impor-

tance du sentiment *de l'inutilité des efforts*[1]. Ces malades cessent de faire des efforts inutiles, ils perdent même leurs manies qui semblaient constituer l'essentiel de leur maladie, ils ne répètent plus, ils ne font plus de grimaces, mais ils sont loin d'être guéris. Au contraire ils sont bien plus malades, ils ne veulent plus agir ; ils restent absolument immobiles dans un état d'abrutissement et de désespoir. En voyant l'évolution de la maladie nous observerons de ces crises chez Lise, chez Claire, chez bien d'autres. Claire avait en réalité des scrupules religieux, elle voulait très bien faire ses prières et pendant des années elle avait des crises d'agitation et d'angoisses à propos de ces prières. On peut s'étonner de voir que maintenant elle a renoncé absolument à tout exercice religieux : « Tout est inutile, je n'arrive à rien, je suis perdue et cela m'est bien égal, je n'essaye même plus de me sauver. » Remarquons pour en tenir compte plus tard qu'à ce moment la malade n'a plus ses crises d'agitation. Toutes nos malades qui au début ont tant souffert à propos des confessions et communions finissent par y renoncer complètement et par ne plus approcher d'une église. Il faut bien connaître ce phénomène de découragement complet et de l'abandon d'un acte, de certaines catégories d'actes ou même de tous les actes pour pouvoir se rendre compte de l'état d'un de ces malades.

8. — *Sentiments d'intimidation.*

Dans les cas extrêmes tous les sentiments que je viens de décrire se manifestent à propos de tous les actes quels qu'ils soient Mais il est évident que dans les cas moins graves ces sentiments ne surviennent qu'à propos de certains actes et non à propos de tous.

Quels sont donc les actes qui ont le singulier privilège de les faire naître ? Ce ne sont pas les actions insignifiantes que l'habitude a déjà rendues automatiques ; Claire ne se préoccupe pas de marcher, de manger, de respirer. Les actions pour lesquelles ce sentiment s'éveille sont celles qui précisément ne sont pas d'ordinaire automatiques, celles qui attirent l'attention. Plus un acte est fait d'ordinaire avec attention, plus il est à proprement parler

1. Baron Mourre, l'Aboulie. *Revue philosophique*, 1900, II, 284.

volontaire, plus il a chance d'éveiller tous ces sentiments d'insuffisance de la volonté. On comprend donc que ces actes soient variables suivant les sujets, les uns, et ils sont nombreux, sont surtout préoccupés d'actes religieux et le trouble s'éveille au début dans les églises. Tout à fait au début Claire ne ressent ce sentiment de difficulté, ces indécisions, cet automatisme qu'au moment de faire ses prières et de se confesser. Chez d'autres l'acte grave va être l'acte professionnel : envoyer des dépêches ou rouler des pétales de rose en porcelaine, etc.

Mais il y a une catégorie d'actes qui ont le privilège d'être difficiles et importants pour tout le monde et d'exiger une certaine somme d'attention volontaire, ce sont les actes qui doivent être exécutés en public devant nos semblables. Je ne vois pas dans la timidité un phénomène spécial, ce n'est à mes yeux qu'un cas de tous les troubles précédents. Aussi nous ne serons pas étonnés que tous ces malades soient des timides, c'est-à-dire qu'ils éprouvent au suprême degré les troubles précédents quand ils doivent accomplir des actes devant des témoins. Mt..., femme de 41 ans, est surtout gênée dans ses actes quand sa femme de chambre est présente, c'est à ce moment qu'elle sent son action automatique et ridicule. « Je suis gênée, dit Fie..., quand il y a deux personnes qui me regardent. » Je ressens un effet étrange, dit Ei..., femme de 42 ans, quand il y a du monde il me semble que j'agis bêtement, que je ne suis plus libre de faire ce que je fais, je retrouve ma liberté quand je suis seule. » On retrouverait les mêmes sentiments chez Dob..., chez Jean, et surtout chez Nadia. Celle-ci a, comme on l'a vu, un si grand besoin d'affection qu'elle voudrait se montrer aimable avec tout le monde et elle fait plus d'attention que jamais à sa conduite quand elle est avec des personnes à qui elle veut plaire. « Cela me gêne de dire des choses aimables que je voudrais bien dire, je me trouve stupide, je suis tout à fait dégoûtée de moi-même. » Je ne discute pas ici le rôle des phénomènes émotifs dans les phénomènes d'intimidation, je constate seulement que les sentiments d'insuffisance de l'action se montrent souvent dans les mêmes circonstances où cette émotion prend naissance.

9. — *Sentiments de révolte.*

Enfin il ne faut pas oublier que la volonté n'est pas toujours

active et ne détermine pas uniquement des actes positifs, il y a une volonté négative, celle qui refuse une action et une volonté en quelque sorte passive qui accepte les choses données et les situations telles qu'elles sont. Il faut un certain effort pour s'adapter à un événement, pour réorganiser sa vie en tenant compte de ce qui vient d'arriver. Eh bien ces deux formes de la volonté donnent naissance exactement aux mêmes sentiments que la volonté active. Nous pourrions retrouver les mêmes gênes, les mêmes sentiments de difficulté, d'automatisme, de fatalité quand il s'agit de résister à une impulsion ou à un désir. Mais j'insiste sur la dernière forme qui est plus curieuse. Ces malades ont le sentiment qu'ils n'acceptent jamais les choses, qu'ils sont incapables de se résigner. « Je ne puis pas comprendre, dit Lise, qu'une chose est impossible et il me semble toujours que je fais des souhaits et même des efforts pour atteindre une chose que je devrais savoir irréalisable, c'est encore à ce moment que j'ai l'idée d'invoquer une puissance mystérieuse qui fera ce que je désire et cela me fait encore penser au démon. » Voici plus de douze ans que Nadia a perdu sa mère, elle se figure toujours que ce malheur est arrivé hier et qu'il ne peut arriver qu'à elle. Elle n'a pas encore accepté que ce soit une chose faite et irréparable. « Voici vingt ans que j'ai perdu ma grand'mère, dit Bal..., et je la pleure comme au premier jour ; je ne pourrai donc jamais prendre mon parti de sa mort et accepter qu'elle soit morte. »

Tous ces divers sentiments qui se présentent à propos de l'action se rattachent tous les uns aux autres. Ils contiennent tous un sentiment fondamental : c'est que l'action est incomplète. Pour les désigner j'ai été obligé de forger un mot et je propose de les appeler *des sentiments d'incomplétude*. Ce mot est plus juste que le terme « sentiment d'imperfection » qui implique à tort un désir de perfection au-dessus de la moyenne ; il me semble aussi plus juste que le terme « sentiment d'insuffisance », car il ne s'agit pas d'une insuffisance quelconque, il s'agit de l'absence de terminaison définitive et *complète*. L'idée exprimée par le mot *complet* me paraît la principale et ce mot devait intervenir dans la désignation de ces sentiments tout particuliers. Le mot « incomplétude » a été employé par bien des malades, il me semble faire image et je crois que son usage va être bien justifié

par l'étude des autres sentiments du même genre qui se présentent à propos des perceptions et des émotions.

2. — *Sentiments d'incomplétude dans les opérations intellectuelles.*

Les crises précédentes de rumination, d'agitation ou d'angoisse commencent à l'occasion d'un travail intellectuel, d'une perception, d'un effort d'attention comme à l'occasion d'un acte volontaire. On retrouve à propos de cette opération intellectuelle les mêmes sentiments que nous avons constatés à propos des actes volontaires.

1. — *Sentiments de difficulté des opérations intellectuelles.*

Ces malades prétendent d'abord que le travail de l'esprit leur est devenu à peu près impossible, à causes des difficultés qu'il présente et des souffrances qu'il leur cause. Tous se plaignent d'avoir des douleurs dans la tête quand ils veulent appliquer leur esprit ; nous avons vu d'ailleurs que l'attention est très souvent le point de départ des agitations, des ruminations et des angoisses. Aussi Jean a-t-il une grande terreur de l'attention, « qui va lui donner des coups à l'estomac... », il faut des exhortations et des précautions inouïes pour obtenir quelques instants de lecture. Lise également se plaint des fatigues que lui cause la lecture, des difficultés qu'elle éprouve à faire un petit calcul. Beaucoup de sujets comme Vob..., Ck... s'épouvantent et se mettent en colère si on essaye de fixer leur attention ou de leur faire accepter une occupation régulière.

Cette résistance s'explique en partie par le sentiment qu'ils ont de *l'insuffisance de leur attention* : ils sentent qu'elle ne se fixe pas et n'arrive pas à l'unité. « Quand je tiens une conversation, dit Jui..., je voudrais bien pouvoir penser à ce que je dis. » Lise sent toujours un engourdissement, un état vague, une gêne énorme de la pensée ; elle n'a jamais la disposition de l'esprit tout entier, elle sent qu'elle ne se donne jamais complètement à ce qu'elle fait « ce que je lis, même ce que je regarde, n'est pas bien

net pour moi, c'est que je pense toujours à autre chose ». Gisèle se fixe plus facilement sur des idées que sur des objets, cela est à retenir, mais même quand il s'agit des idées abstraites qu'elle préfère elle ne peut jamais penser à une seule idée à la fois, « il suffit que je veuille appliquer mon cerveau pour qu'il brode ». Il en est de même dans l'observation de Vor... (137) « qui n'est jamais entièrement à ses additions ». « Je ne puis pas élucider mes idées... je suis comme sous le coup d'un ramollissement... je ne suis pas à ce que vous me dites... je ne suis pas tout entière à l'endroit où est mon corps... » Ce sont des paroles répétées à chaque instant par bien des malades.

Une variante du sentiment précédent consiste dans le sentiment *d'instabilité*, le malade sent qu'il quitte tout le temps la chose qu'il considérait. « Je ne m'attache à mes idées qu'une minute, une seconde à peine, je ne puis pas penser de la même façon et avec la même force deux secondes de suite. » « Rien n'est fixe, rien n'est stable devant moi parce que je ne puis m'arrêter sur ce point. » M. Duprat[1] a beaucoup insisté sur l'importance de ce sentiment d'instabilité et sur le rôle qu'il joue dans la pathogénie de certains troubles mentaux.

2. — *Sentiment de perception incomplète.*

Cette faiblesse que les malades prétendent ressentir dans leur faculté d'attention semble avoir des conséquences puisqu'ils se plaignent tous d'éprouver des altérations de la perception des objets extérieurs. Ces troubles consistent comme toujours en sentiments bizarres, anormaux qu'ils éprouvent à propos de ces opérations.

Le plus commun de ces sentiments est une impression de mal percevoir, de percevoir incomplètement. De là toutes ces expressions si connues que l'on retrouve dans la bouche de tous les psychasthéniques. « C'est comme si je voyais les choses au travers d'un voile, d'un brouillard, d'un nuage, c'est comme si j'entendais au travers d'un mur qui me sépare de la réalité. » Ce fait est tout à fait banal et la description en est déjà ancienne et fort connue. Billod fait les remarques suivantes à propos d'une de ses malades

1. Duprat, *L'instabilité mentale*, 1898 (Paris, F. Alcan).

abouliques : « Elle assure qu'elle se trouve dans la situation d'une personne qui n'est ni morte ni vivante, qui vivrait dans un sommeil continuel, à qui les objets apparaissent comme enveloppés d'un nuage, à qui les personnes semblent se mouvoir comme des ombres et les paroles venir d'un monde lointain[1]. »

Un malade de Krishaber expliquait ainsi d'une manière très fine ce sentiment de perception incomplète : « Il se faisait comme une atmosphère obscure autour de ma personne, je voyais cependant très bien qu'il faisait grand jour. Le mot « obscur » ne rend pas exactement ma pensée ; il faudrait dire « dumpf » en allemand qui signifie aussi bien lourd, épais, terne, éteint. Cette sensation était non seulement visuelle, mais cutanée. L'atmosphère « dumpf » m'enveloppait, je la voyais, je la sentais, c'était comme une couche, un quelque chose mauvais conducteur qui m'isolait du monde extérieur[2]... » Il est inutile d'ajouter d'autres exemples qui seraient absolument semblables : j'insiste seulement pour rappeler que de tels sentiments ne sont pas particuliers, comme le croyait Krishaber, à une névrose spéciale, mais qu'ils se retrouvent à chaque instant sous la forme simple « du voile, du nuage » ou sous des formes plus spéciales chez tous les psychasthéniques.

L'une de ces formes spéciales les plus curieuses est constituée par le sentiment de *jamais-vu* et d'*étrange*. Dans beaucoup d'observations, Krishaber remarque que les objets semblent étranges, qu'ils deviennent drôles, qu'ils sont plats et qu'un homme apparaît à ces malades comme une image découpée et sans relief.

Le malade de Ball vit se produire un changement brusque, étrange dans l'apparence des objets qui ne lui paraissaient plus les mêmes ; il ne leur trouvait plus de relief, c'est-à-dire plus d'apparence naturelle[3]. Ces expressions se trouvent répétées si souvent par nos malades qu'il faut se borner à citer brièvement quelques exemples. « Les choses ne me paraissent plus de la même façon qu'autrefois. » (Lap...) « Quand je suis fatiguée, mes yeux sont affectés du même trouble que mes oreilles, tout ce que je vois, les dessins du mur de ma chambre me paraissent étranges comme le son de mes paroles. » (Dob...) « Le monde est drôlement fait,

1. Billod, *Ann. méd. psychol.*, 1847.
2. Krishaber, *Névropathie cérébro-cardiaque*, 1873.
3. Ball, *Revue scientifique*, 1882, II, p. 42.

singulier, dégoûtant. » (Brk...) « C'est comme si je voyais les choses pour la première fois... elles ont un aspect étonnant drôle, comme si je ne les avais pas vues depuis très longtemps. » (Dod...) « Depuis que je suis malade, les objets me paraissent plats, sans relief, sales, étranges. » (Pr...), « il me semble que tout est faux, même les objets que je vois. » (Claire) « qand je sors, il me semble que ma rue n'est plus pareille, qu'il y a très longtemps que je ne l'ai vue, c'est comme une ville que je n'ai pas vue depuis très longtemps ». (Qb... 14) » tout à coup les choses extérieures me font l'effet de devenir drôles, il y a quelque chose qui n'est pas comme de coutume. Je perds la notion de l'exact, c'est comme une déformation de la réalité. » (Gisèle) « tout ce que je vois, tout ce que j'entends est comme inconnu, tout à fait étrange, il me semble que je n'ai pas compris, c'est pour cela que je répète en dedans le nom de tous les objets que je vois, c'est pour cela que j'ai besoin de les toucher plusieurs fois ». (Cht...). Vod... en voyant une de ses amies la regarde avec étonnement, elle trouve si drôle que cette amie ait deux trous au milieu de la figure : ce sont les yeux qui lui font cet effet étrange.

M. Dugas a signalé une forme singulière de ce sentiment d'étrangeté. « Dans l'accès de M..., la vision paraît surexcitée, elle devient nette, détaillée et précise, plus exactement elle cesse d'être schématique et abstraite, le malade remarque la forme et la couleur de chaque feuille d'arbre... chaque dos de livre lui apparaît avec sa physionomie propre, son relief et sa teinte caractéristique, la transformation qui s'opère alors dans la vision des choses est marquée par la prédominance du détail sur l'ensemble[1]. » Dans des cas semblables une manie de précision se joint souvent au sentiment d'incomplétude de la perception. Du moins il me semble qu'il en est ainsi dans le cas suivant assez analogue. « Après le dîner, dit Jean, je suis tourmenté par les couleurs du salon ; elles apparaissent si nettes, si précises sur tous les objets que cela est étrange et gênant. Cela m'oblige à chercher une couleur rouge à droite quand mon œil s'est posé sur une couleur rouge à gauche, c'est une fatigue de plus. »

On peut remarquer à propos de la perception extérieure un autre sentiment voisin du sentiment de l'étrange, *le sentiment de dédou-*

1. L. Dugas, Un cas de dépersonnalisation, *Revue philosophique*, 1898, I, 504.

blement qui va jouer un rôle plus important dans la perception personnelle. Dd..., femme de 24 ans, après une troisième grossesse a le sentiment de ne pas se réveiller bien, de rester comme dans un rêve, elle trouve que tout est étrange « c'est comme si, dit-elle, je voyais tous les objets doubles ». Fya..., femme de 20 ans, a le même sentiment pendant ses crises d'angoisses, « il me passe un voile devant les yeux et il me semble que je vois double ». Gisèle a des doutes sur ce qu'elle voit et se demande si elle voit double. Il est curieux de remarquer que ce sentiment de diplopie ne correspond pas à un trouble précis objectivement appréciable. Quand on leur demande la place de la seconde image par rapport à la première, en un mot, quand on veut préciser leur diplopie, les malades ne peuvent plus répondre et sont obligés d'avouer qu'ils ne voient en réalité qu'un seul objet, mais que cela leur procure un sentiment de trouble comme s'ils en voyaient deux.

Aux troubles précédents de la perception extérieure j'ajouterai un petit sentiment bizarre sur lequel mon attention a été attirée parce que trois ou quatre malades s'en sont plaints exactement de la même manière, *le sentiment de désorientation*. Gisèle, en particulier, dit que lorsqu'elle est très mal, elle a une certaine peine à se conduire non seulement dans la ville, mais même dans son appartement, il n'y a plus de coordination entre la place des différents objets ; les rues, les maisons, les portes et les fenêtres de l'appartement semblent avoir perdu leur place relative et la malade se trouve toute désorientée. Ppi,.. me parle tout à fait de la même façon ; depuis qu'il est malade il ne s'oriente plus consciemment dans Paris. Il ne perd pas son chemin, car il connaît la ville depuis longtemps, mais c'est en quelque sorte inconsciemment qu'il rentre chez lui : s'il essaye avant de partir de se représenter le chemin, la direction de la place de Passy par rapport au quartier Latin, il ne peut aucunement y parvenir ; il se souvient cependant qu'il faisait très bien cette opération avant d'être malade. Je ne prétends pas que cette désorientation soit un caractère nécessaire des scrupuleux. Jean pousse au contraire à l'extrême le sens de la direction puisqu'il y a certaines directions, auxquelles il ne peut pas tourner le dos sans recevoir des fluides ; mais chez les malades qui ont des troubles nets de la perception ce petit fait s'ajoute aux sentiments de nuage et d'étrange.

Dans certains cas jusqu'à présent assez rares, ce sentiment de

désorientation peut prendre une forme particulière et plus précise : il peut devenir *le sentiment du renversement de l'orientation*. Une femme de 29 ans, Wyx..., dont je viens de présenter l'observation à la société de psychologie [1], a toujours été une psychasthénique, disposée aux sentiments d'incomplétude et aux obsessions. Elle vient se plaindre maintenant d'un trouble étrange, c'est qu'elle est perpétuellement à l'envers, c'est que pour elle les objets sont tous perpétuellement à l'envers. Elle a éprouvé ce sentiment pour la première fois à l'âge de 27 ans, quelques semaines après un accouchement et à la suite d'émotions pénibles : en rentrant chez elle, elle prétend avoir senti tout d'un coup « que sa maison, son escalier, sa porte, sa chambre, que tout était à l'envers ». Ce sentiment a persisté pendant un an sans discontinuer ; puis il a disparu à la suite d'un voyage à la campagne dans une région qui lui était inconnue. Il recommence après une interruption de dix-huit mois, également à la suite de fatigues et d'émotions. Cette fois le sentiment paraît moins continu, il disparaît de temps en temps, quand elle marche dans des endroits qui lui sont inconnus, dont elle n'a pas de représentation indépendante de la perception actuelle. Mais, quand elle est rentrée depuis quelque temps dans des endroits connus, il réapparait subitement en s'accompagnant de grandes angoisses comme le sentiment de déjà-vu, et il persiste alors pendant longtemps des jours ou des semaines.

Si on cherche à analyser ce sentiment pathologique peu connu, on voit que la sensation, la perception des objets et de leur place est absolument correcte, on constate que le trouble n'existe que dans la représentation des objets. C'est cette représentation des objets et de leur place qui ne concorde pas avec la perception et qui par là même détermine le trouble du sentiment d'orientation. Dans cette représentation la place relative des objets les uns par rapport aux autres n'est aucunement modifiée, le changement ne porte que sur la localisation de l'ensemble de tous les objets par rapport au corps du sujet. Il faut même préciser, le trouble n'existe que par rapport à une certaine position de son corps, à une certaine direction de sa marche. En un mot les objets ne sont renversés que par rapport à la marche du sujet qui se dirige vers

1. Un cas de renversement de l'orientation, *Société de psychologie*, 10 janvier 1906. *Journal de psychologie normale et pathologique*, 1er mars 1907.

un certain but, qui fait une certaine action. Aussi ce sentiment du renversement des représentations par rapport au but de l'action n'est-il pas sans rapport avec les sentiments d'incomplétude relatifs à l'acte. Il faut ajouter, à mon avis, un sentiment de renversement de la position latérale des objets par rapport à la droite et à la gauche du sujet quand il marche ou quand il agit : ce qui devrait être représenté à droite est représenté à gauche et réciproquement et c'est ce qui donne au sujet l'impression qu'il marche en sens inverse. Ce renversement de la position latérale des représentations peut d'ailleurs s'observer dans les descriptions imaginaires qu'il fait des monuments. Quoique cela puisse paraître bizarre, je crois qu'il faut rapprocher ce sentiment pathologique de certains troubles de la perception et de l'action qu'on observe plutôt chez les hystériques comme l'allochirie, la lecture en miroir et l'écriture en miroir. Il y a là à mon avis une sorte d'allochirie des représentations. Quoi qu'il en soit de cette interprétation le sentiment de renversement de l'orientation survient subitement chez quelques malades de la même manière que le sentiment de déjà-vu et il rentre dans le même groupe des sentiments de perception incomplète.

Enfin, ces objets perçus vaguement, étranges, dédoublés, paraissent encore bien souvent *se rapetisser et s'éloigner*. Ce sentiment d'éloignement des objets se complique presque toujours d'un sentiment *d'isolement*, puisque le sujet se sent lui-même loin des choses et séparé d'elles. « Pour beaucoup, disait Krishaber, les objets paraissent se rapetisser et s'éloigner à l'infini. Le malade ne reconnaît plus le son de sa voix ; elle lui semble venir de très loin et se perdre dans l'espace sans pouvoir atteindre l'oreille des interlocuteurs dont les réponses sont difficilement perçues... » Dans sa thèse sur « le sentiment de déjà-vu », M. Bernard-Leroy remarque souvent que la fausse reconnaissance est accompagnée par le sentiment de petitesse et d'éloignement des objets[1]. « Tout s'éloigne de moi » répètent nombre de nos malades, les objets sont dans le lointain et ils deviennent petits, petits... » (Claire, Lise, We..., etc.).

Dans quelques cas rares, il peut se produire ici un trouble de la vision analogue aux spasmes d'accommodation bien connus chez les hystériques, mais le plus souvent il n'en est rien. Ces malades

1. E. Bernard-Leroy, *L'illusion de fausse reconnaissance*, 1898 (Paris, F. Alcan).

qui prétendent que les objets sont loin et petits les touchent à leur place et font des mouvements corrects pour les prendre dès qu'on leur demande de le faire ; ils finissent par reconnaître que les objets sont restés semblables, mais qu'ils leur donnent l'impression d'être loin et d'être petits. M. Bernard-Leroy me semble bien décrire ce phénomène, quand il dit « qu'il s'agit moins d'un éloignement matériel que d'un éloignement moral, l'illusion visuelle se trouve sous la dépendance de l'impression d'éloignement, d'isolement, de fuite du monde [1]. Ces sujets ne reconnaissent plus le monde ordinaire, ils le sentent disparu, éloigné d'eux, séparé d'eux par une barrière invisible, par le voile, le mur dont nous avons déjà parlé, et ils traduisent ce sentiment d'une manière symbolique en parlant d'éloignement matériel et de petitesse.

Ce sentiment peut être poussé à l'extrême : l'un des sujets de M. Bernard-Leroy croyait « flotter dans les espaces interplanétaires et se croyait séparé de tous les univers, dans une sorte d'*isolement cosmique* ». J'ai vu deux malades qui avaient des réflexions de ce genre. Gel... répète tout le temps qu'elle a quitté la terre et qu'elle est tombée dans une autre planète, elle voudrait bien revenir sur la terre où sont tous les siens. X..., femme de 30 ans, pendant six semaines, après une fièvre typhoïde, a eu l'impression qu'elle était « loin de la terre et loin du système solaire ». L'Arc de Triomphe qu'elle voyait de ses fenêtres était une copie de l'Arc de Triomphe terrestre « qu'ils avaient faite dans une autre planète ». On voit que ces interprétations délirantes auxquelles le malade croit plus ou moins viennent compliquer le sentiment de l'étrange et de l'éloignement.

3. — *Sentiment de conception imaginaire.*

A un degré plus avancé, les malades n'ont plus seulement le sentiment que leurs perceptions sont mauvaises, insuffisantes, bizarres ; mais ils ont encore le sentiment que leur opération n'est plus du tout une perception de l'objet extérieur, mais une autre opération, une conception plus ou moins imaginaire. Il y a toujours quelque difficulté, ainsi que je l'ai indiqué souvent, à distinguer l'une de l'autre une perception actuelle, un souvenir ou un

1. Bernard-Leroy, *Revue philosophique*, 1898, II, 160.

rêve[1]. Nos malades se trompent maintenant tout à fait et ils ont à propos d'une perception les mêmes sentiments qu'à propos du souvenir et de l'imagination.

On a beaucoup étudié dans ces dernières années le phénomène de *la fausse reconnaissance* ou du *déjà-vu* dans lequel le sujet a l'impression que tous les détails de sa situation actuelle sont la reproduction d'une situation identique déjà vécue par lui autrefois. Les descriptions anciennes de Wigan, 1844, de Jensen, 1868, de Sander, 1873, de Angel, 1877, sont tout à fait classiques, « C'est, disait un malade de Wigan, une impression soudaine que la scène à laquelle nous venons d'assister à l'instant (quoique étant donnée la nature même des circonstances elle n'ait pas été vue antérieurement) s'est déjà trouvée sous nos yeux autrefois avec les mêmes personnes, causant entre elles assises exactement dans les mêmes positions, exprimant les mêmes sentiments dans les mêmes termes. Les poses, les expressions, les gestes, tel son de voix, il semble que l'on se souvienne de tout et que tout cela attire notre attention pour la seconde fois[2]. » On trouvera bien des descriptions de ce genre dans le travail de M. Arnaud[3] et dans la thèse de M. Bernard-Leroy[4].

Ce sentiment du passé se retrouve assez souvent chez nos malades et je rappelle les deux cas suivants, Lo... est souvent surprise de voir que sa vie actuelle reproduit identiquement « mot pour mot » une période de sa vie passée. « Dans certains moments qui passent vite, dit Claire, il me semble que je les ai déjà vécus... je retrouve l'acte que je fais, la pensée que j'ai, tout comme si je les revivais de nouveau, et cela me produit un sentiment très impressionnant. »

Je ne puis étudier ici le phénomène du déjà-vu dans tous les détails, je rappelle seulement qu'il ne constitue pas un trouble de la mémoire comme on le dit trop souvent, mais un trouble de la perception. C'est une appréciation fausse du caractère de la perception actuelle qui prend plus ou moins l'aspect d'un phénomène reproduit au lieu d'avoir l'aspect d'un phénomène nouvellement perçu. Dans mes cours sur la mémoire en 1897, j'ai essayé de montrer que le « déjà-vu » rentre dans les sentiments d'automa-

1. *Névroses et Idées fixes*, II, p. 168.
2. Wigan, *The duality of Mind*, 1844, p. 84.
3. Arnaud, Le sentiment de « déjà vu », *Ann. méd. psych.*, 1896, p. 8.
4. E. Bernard Leroy, *L'illusion de fausse reconnaissance*, 1898.

tisme. Le sujet qui sent son activité diminuée ne retrouve plus le sentiment du petit effort de synthèse qui accompagne chaque perception normale, il croit réciter, c'est ce qui donne à la perception l'apparence d'un phénomène *passé*. La localisation à telle ou telle date devient une affaire d'interprétation, quand ce sentiment donne naissance à une obsession. Il me semble nécessaire maintenant de faire rentrer le phénomène « du déjà-vu » dans un groupe plus considérable, celui des sentiments d'incomplétude.

Quand on dit que les événements de la perception présente prennent aux yeux du sujet l'apparence de souvenirs, il ne faut pas céder complètement à une illusion et croire que l'apparence est complètement celle d'un souvenir. Jamais le malade, sauf quand il y a un délire surajouté comme dans le cas de M. Arnaud, ne cède complètement à l'illusion ; jamais il n'affirme que l'événement actuel soit réellement un souvenir du passé, jamais il ne se conduit comme si c'était un souvenir. Le sentiment du déjà-vu est plutôt une négation du caractère *présent* du phénomène qu'une affirmation de son caractère *passé*. Le sujet, à moins qu'il n'arrive lui-même à des interprétations, sent tout simplement que les phénomènes n'excitent pas en lui le même sentiment que des choses présentes, qu'ils ressemblent sur ce point à des choses passées. Il y a presque toujours une différence importante entre « le déjà-vu » et le vrai souvenir du passé. Le passé a le caractère d'être connu, d'être habituel, il ne nous étonne pas ; au contraire, le « déjà-vu » conserve toujours un sentiment de vague, d'étrange ; il se rapproche toujours des sentiments précédents du voile, de l'étrangeté dont il n'est en réalité qu'une forme particulière[1].

Aussi n'est-il pas surprenant que ce sentiment présente des variétés et qu'il ne soit pas toujours interprété comme un sentiment de souvenir. Dans quelques cas assez rares d'ailleurs, si je ne me trompe, le sujet sentant toujours que le fait n'est pas présent, car c'est là le fait fondamental, est disposé à le situer dans l'avenir. « Il me semblait que ce que j'entendais était ce qui *allait être* dit ou fait[2]. » Nadia se plaint bien souvent de ne pas être dans le présent, de ne pas se rendre compte de ce qui existe dans le

1. Voir à propos de cette interprétation une étude plus complète de sentiment du « déjà-vu » que j'ai publiée dans le *Journal de psychologie normale et pathologique*, 1905, p. 289.
2. Bernard Leroy, *op. cit.*, p. 211.

présent. « J'ai, dit-elle, de drôles d'impressions, il me semble que les choses n'existent pas réellement, mais que j'ai des pressentiments de leur existence. Tout à l'heure j'attendais votre visite et je me la représentais, et bien maintenant j'ai envie de dire que c'est la même chose. Êtes-vous vraiment là ? » C'est à propos de sentiments de ce genre que quelques auteurs ont parlé de sentiment de pressentiment [1], de sentiment de « promnésie [2] ». Il est facile de voir que ce n'est qu'une variante du sentiment précédent.

Un autre sentiment bien plus naturel se développera fréquemment à la place des précédents, c'est *le sentiment de l'imaginaire, de l'irréel*. « L'impression du déjà-vu, disait M. Paul Bourget [3], s'accompagne d'une espèce de sentiment impossible à analyser que la réalité est un rêve. » On trouvera une foule d'exemples de ce sentiment de l'irréel dans les observations de Krishaber. « Quand je vois mes camarades d'hôpital, je me dis à moi-même : ce sont les figures d'un rêve... » « Même en touchant et en voyant, le monde m'apparaît comme une gigantesque hallucination... » On retrouvera ces mêmes paroles chez le malade de Ball, dans les observations de M. Dugas, de M. Bernard-Leroy, etc., c'est un des sentiments les plus fréquemment observés. A mon avis, il est beaucoup plus fréquent, plus caractéristique et plus intéressant pour la psychologie que le sentiment du « déjà-vu » qui a été trop souvent étudié d'une manière isolée.

Pour ma part, c'est le sentiment que j'ai le plus souvent observé chez les psychasthéniques. Je ne puis citer que quelques expressions de ce sentiment au milieu d'une foule d'autres. « Je ne vis plus sur terre, dit Pot... dans les périodes de grave maladie, puisque je ne vois plus rien qui existe réellement. Je ne puis pas me mettre dans l'idée que vous et les gens qui m'entourent vous vivez réellement, vous êtes de vraies personnes. » Cette malade est intéressante parce que dans tous les intervalles des crises, quand la maladie diminue, elle se félicite « de retrouver enfin des objets réels ». D'autres, comme To... ou Mb..., n'ont ce sentiment qu'à propos de perceptions visuelles ou auditives, « elles ont besoin de toucher, comme saint Thomas, pour se rendre un peu compte que l'objet existe... ». On se rappelle l'obsession « de la

1. A. Lalande, Les paramnésies. *Revue philosophique*, 1893, II, p. 485.
2. Fr. W. Myers, *Proceedings of the society for psychical Research*, 1895, p. 344.
3. Bernard Leroy, *op. cit.*, p. 169.

véracité des sens, de la priorité du toucher, sens direct au milieu des sens indirects... » qui s'est développée chez Mb... à ce propos.

Une expression dont les malades aiment beaucoup à se servir pour désigner ce trouble de leurs perceptions est celle de *rêve*, quoique ce soit, bien entendu, une simple métaphore ainsi que le remarque M. Dugas, car il n'est pas du tout certain que l'on ait un sentiment semblable dans le véritable rêve. Tous répètent comme Lo... : « je vis dans le rêve, dans les espaces, je ne sens pas les choses de ce monde. » « Je vois tout au travers d'un voile, d'un brouillard, j'entends parler comme si j'étais dans un rêve » (Dd...). « Je ne distingue vraiment pas bien ce que j'ai vécu et ce que j'ai rêvé » (Gisèle). Pendant de longues périodes Nadia répète qu'elle se sent drôle, quelle se sent comme dans un rêve perpétuel. »

Les événements les plus graves ne les sortent pas toujours de leur état de rêve. On a commis la sottise énorme de marier Lo... : elle semble n'avoir rien compris à ce qui s'est passé, elle reste toute surprise qu'on l'appelle Madame et ne peut parvenir à comprendre que tout cela n'est pas un simple rêve.

Il y a même des malades qui vont encore plus loin dans ces sentiments d'incomplétude de la perception extérieure et qui ont le sentiment d'avoir perdu tout à fait certaines perceptions. Btu..., une femme de 56 ans, dont l'observation est tout à fait remarquable pour l'étude de la maladie de Krishaber, répète constamment : « Je suis enfermée dans un tombeau... quelle horreur que l'isolement absolu ! Il n'y a personne, personne autour de moi. Je ne vois que du noir, un noir d'encre, même quand il y a du soleil je ne vois rien, rien que du noir. » Il est toujours surprenant en examinant de tels malades de constater qu'ils n'ont absolument aucun trouble de la vision, qu'ils distinguent tous les plus petits objets et les reconnaissent sans hésitation. Hot..., jeune fille de 17 ans, arrive en se plaignant d'être aveugle. « Est-ce que je pourrai encore voir clair, est-ce que je pourrai guérir et voir clair ? » En réalité elle lit les plus petites lettres du tableau de Wecker à la distance de 5 mètres. Ret... va chez tous les médecins qui traitent les oreilles et prétend être sourde quoique on ne constate aucune surdité objectivement. Ce sont déjà des obsessions qui se développent à propos des sentiments d'incomplétude de la perception.

4. — *Sentiment de la disparition du temps.*

A côté de ce trouble de la perception des événements dans l'espace, il est juste de placer un fait analogue à propos du temps.

Les études sur les sentiments des malades à propos du temps pendant lequel se déroulent les phénomènes seraient à mon avis des plus intéressantes ; elles ont été très rarement faites car elles sont forts difficiles. On constate au premier abord les faits les plus incohérents chez les différents malades ou chez le même sujet. Il faut, à mon avis, séparer les appréciations qu'ils portent pendant qu'ils sont malades, sur leur état de santé antérieur ou sur les phénomènes de leur période de maladie.

Quand le malade songe à son état de santé antérieur à l'époque où il était bien portant, où il avait le sentiment du réel, il me semble disposé à le reculer énormément dans le temps, à avoir à ce propos un sentiment exagéré du cours du temps. Voici comment s'exprime un malade de Krishaber : « Il me semblait être transporté extrêmement loin de ce monde et machinalement je prononçais à haute voix ces paroles : je suis bien loin, bien loin. Je savais très bien cependant que je n'étais pas éloigné, je me souvenais très distinctement de ce qui m'était arrivé, mais entre le moment qui avait précédé et celui qui avait suivi mon attaque, il y avait un intervalle immense en durée, une distance comme de la terre au soleil... » Si on se place exactement dans la même situation et si on interroge le sujet sur le temps écoulé depuis son état de santé jusqu'à l'état actuel de maladie, il répond comme le malade Krishaber. « Ma jeunesse heureuse est séparée de moi par des siècles, dit Claire. » « Ma crise n'a commencé en réalité que depuis trois jours, me dit Kl..., mais c'est une éternité, il y a si longtemps que je suis étonnée de me souvenir de ce que je faisais avant d'être malade. » Est-ce bien là un sentiment du temps, n'est-ce pas le même sentiment d'éloignement qui poussait le sujet à mettre des espaces infinis entre lui et les choses réelles. Il se sépare de sa vie réelle antérieure par des siècles, comme tout à l'heure il séparait son corps de la terre et du système solaire.

On trouve des sentiments qui portent plus exactement sur le temps quand on prend la précaution de ne pas sortir de la période de maladie et même de la période pendant laquelle la maladie est restée la même.

J'ai noté ce détail avec soin dans mon observation déjà publiée de Bei... Cette jeune fille atteinte du sentiment de dépersonnalisation se plaignait qu'elle avait perdu le sens du temps, elle ne comprenait pas la signification des mots : hier, aujourd'hui, demain; la journée s'écoulait sans qu'elle eût compris comment, elle croyait toujours être au même moment, « hier, aujourd'hui, demain me paraissent la même chose, comme un grand vide, » elle pouvait se rendre compte de ce trouble bizarre en le comparant à ce qu'elle éprouvait autrefois quand elle faisait correctement la distinction des divers moments du temps [1]. Beaucoup de malades sont du même genre, Ver..., Pl... (20) et par moments aussi, Nadia : il est clair que cette dernière ne se rend pas compte de l'éloignement des années, elle reste toujours exactement la même et quoiqu'elle ait trente ans, elle croit être restée tout à fait comme une enfant.

Lise a fait sur ce point des remarques plus nettes : elle est surprise de la façon dont le temps s'écoule pendant qu'elle est malade : « Les heures passent tout à fait sans que je m'en aperçoive, je reste trois heures à méditer et quand je me secoue j'ai le sentiment que je ne me suis laissée aller que cinq minutes à peine. J'ai été très malade toute cette semaine et en revenant vous voir j'avais l'impression de sortir de chez vous, je ne puis pas me figurer qu'il y a huit jours d'écoulés... Pendant mes périodes de maladie, le temps est toujours très court... s'il existe... ou plutôt je n'en sais rien, *il me semble qu'il n'y a plus de temps* quand je suis très malade... » M. Fouillée disait déjà « même chez l'homme, il y a des cas maladifs où toute notion du temps semble disparue, où l'être agit par vision machinale des choses dans l'espace sans distinction du passé et du présent [2] ».

On explique ordinairement ces faits en disant que le sujet s'absorbe dans le sentiment du présent. Quoiqu'il soit difficile d'avancer sur ce point autre chose que des hypothèses je serai disposé à dire que mes malades perdent la notion du temps d'une manière bien plus complète, parce qu'ils perdent le sentiment du présent. Pendant la durée de leur crise, quand la perception ne donne que de l'irréel ou du passé, ils n'ont point le sentiment du

1. *Névroses et Idées fixes*, II, p. 63.
2. Fouillée, *Introduction à la genèse de l'idée de Temps*, par Guyau, 1890 (Paris F. Alcan).

présent, c'est du moins ce qu'expriment des malades comme Bei... et Lise « qui sont dans un rêve et ne sentent plus le temps s'écouler ».

Ces modifications du sentiment du temps prendront plus tard une grande importance, nous ne pouvons ici que les signaler et attirer l'attention sur elles.

5. — *Sentiments d'inintelligence.*

Les modifications de l'attention ne déterminent pas seulement les sentiments précédents à propos de la perception extérieure, ils déterminent les sentiments du même genre à propos de toutes les opérations de l'esprit, de toutes les conceptions, de toutes les idées. Les souvenirs et les idées ont le même caractère de vague et d'irréel que le monde extérieur, « Ma vie passeé, dit Claire, me paraît appartenir à un autre monde, qui n'est pas réel, tout cela est si loin de moi, je ne peux pas m'expliquer bien mes idées, je fais des efforts pour atteindre une idée claire, il faudrait pour cela ouvrir une petite porte qui est dans ma tête, l'idée claire est derrière cette porte mais je ne puis parvenir à l'atteindre. » Dob... gémit indéfiniment sur la peine qu'elle a à exprimer et à comprendre ses idées, elle désespère d'arriver à la précision Qi... se désole parce qu'elle ne peut plus comprendre son fils ni se faire comprendre par lui « on dirait que depuis deux ans notre maison se transforme en une Tour de Babel. »

Ce vague de l'idée provoque certainement divers sentiments secondaires que l'on a remarqués chez ces malades, d'abord le sentiment du mystère, l'idée qu'ils sont entourés de choses profondément incompréhensibles, ensuite le besoin de chercher, l'effort pour se débrouiller au milieu de toutes ces choses qu'ils ne comprennent pas. « Les choses mystiques et mystérieuses me font du mal et m'attirent, je sens si bien le mystérieux » (Gisèle). Chez Gat... et chez Pot... la progression est bien visible : au début elles ont des sentiments douloureux d'automatisme, d'irréel, d'obscurité et que ce n'est qu'après qu'elles se mettent à interroger. « Pourquoi ces gens qui ont l'air drôles sont-ils sur terre ? Pourquoi vit-on puisqu'on doit mourir ? « Le goût des questions métaphysiques se rattache à diverses tendances, nous en voyons ici un exemple.

Les malades semblent se rendre compte que cette obscurité tient à quelque chose, à une opération mentale mal faite, ils ont constamment comme Jo... le sentiment qu'ils ont oublié quelque chose qu'il leur manque une opération mentale. Ver..., de même qu'il se plaint d'avoir perdu sa personne, se plaint d'avoir perdu ses idées : dans son langage sans précision psychologique il dit sans cesse « qu'il ne se fait pas d'idées des choses, qu'il ne peut pas poursuivre ses idées. » Il a été à l'enterrement d'un de ses oncles et se plaint de ne pas se faire l'idée qu'il est mort. « Que voulez-vous, dit-il en terminant, la vie est de penser et je ne pense pas. »

D'autres se rendent mieux compte qu'ils ont des idées nombreuses mais qu'ils ne les unifient pas, ne les coordonnent pas : « mon attention est sans cesse éparpillée, dit Lise. » « J'ai trop d'idées compliquées à la fois, dit Nadia », Xyb... se rend compte qu'elle ne met pas les choses à leur place. Elle a des doutes et des scrupules relativement à une domestique, « je ne suis pas naturelle avec elle, il faudrait qu'elle ait sa place dans mon imagination comme domestique, les places des idées me semblent changées. Il faudrait que les choses soient équilibrées de nouveau ». Ppi... se sent toujours faible dans son travail, il ne peut pas avoir de vues d'ensemble, embrasser une étude, « il me faut indéfiniment prendre chaque petit coin de la question ».

On peut rattacher à ce sentiment d'incoordination certain besoins qu'éprouvent les sujets. Ils ont, disent-ils, une soif d'apprendre, ils voudraient qu'on leur fît des démonstrations, qu'on leur fît comprendre des idées générales capables de mettre de l'ordre dans leur esprit. Ce désir se symbolise dans la pensée de Jean qui aspire à des enseignements d'une simplicité et d'une généralité inouïes. Il est impossible de trouver un livre qui soit de son goût : « Comment peut-on lui faire lire des détails à lui qui ne sait rien de l'ensemble ? A 32 ans, il ne veut lire que des manuels et des manuels très généraux ; il ne peut pas lire un manuel d'histoire de France avant d'avoir lu un manuel d'histoire universelle et avant de s'intéresser à une notion scientifique quelconque, le voici qui veut étudier les « leçons de choses » qu'on donne aux petis enfants. Ces goûts correspondent à des sentiments bizarres relatifs à la clarté de la méthode déductive, à un besoin ridicule de subordination et de coordination qui se rattache, si je ne me trompe, à la souffrance causée par la lacune précédente.

6. — *Sentiment de doute.*

Nous arrivons au sentiment le plus connu de ces malades, celui que l'on prend bien trop souvent comme représentant de tous les autres. Même sur ce point il y a souvent des malentendus, ainsi on se borne à dire que les malades ont la manie du doute, la manie de l'interrogation. Ce n'est là qu'une des formes du doute qu'ils peuvent présenter : à côté de ses manies de s'interroger sur un point comme sur l'existence de Dieu, ils ont un doute perpétuel qui est un simple sentiment portant plus ou moins sur tous les actes de la vie. J'avais insisté sur cette distinction dans mes anciennes études sur l'aboulie. MM. Raymond et Arnaud la font également avec netteté [1]. C'est pourquoi après avoir décrit les manies de recherches nous arrivons maintenant aux sentiments du doute.

Les malades doutent au début des choses qui sont évidemment les plus obscures et qu'ils comprennent le moins, c'est-à-dire des choses religieuses. « Quand j'ai commencé à être malade, dit Bal... j'ai perdu la foi de mon enfance, je ne savais pas pour quelle raison je ne croyais plus et j'ai fait tout ce que j'ai pu pour retrouver la foi, mais inutilement. » Claire commença par sentir que la foi religieuse s'en allait « c'était un défaut de confiance en Dieu, quelque chose qui s'éteignait en moi comme une lumière qui s'éloignait. » Son éducation, ses désirs, toutes ses idées la rattachaient à la religion; aussi se désolait-elle du doute qui l'envahissait. Il est curieux de remarquer que cette affaiblissement de foi n'est pas causé par des lectures, des discussions, ne dépend pas d'arguments. Sa raison, si on peut ainsi dire, n'a pas perdu la foi religieuse et serait incapable de formuler la moindre objection. C'est une vieille erreur que de se figurer la croyance toujours déterminée par des raisons et le doute par des arguments : la foi chez cette malade se perd sans raisons en vertu du même mécanisme qui fait paraître le monde étrange et qui amène le sentiment de dépersonnalisation.

Quand la maladie s'aggrave, le doute commence à porter sur des choses qui d'ordinaire sont crues plus facilement. Les malades perdent confiance dans les personnes environnantes. Claire

1. Raymond et Arnaud, *Ann. méd. psych.*, 1892, II, 202.

ne peut plus croire ce qu'on lui dit, n'a plus confiance dans le langage de ses parents. Lod... de même ne croit plus qu'une seule personne, c'est sa sœur, aucune autre ne peut la rassurer sur n'importe quoi. « Je sais bien que l'on a raison, dit Lise, je lè sais, mais je ne puis pas être convaincue... » « Je sais que ce que vous me dites est vrai, me répond Gisèle, ma raison me le représente ainsi, mais mon impression persiste... impossible d'être convaincue dans le fond. » « Je veux vous croire, je me répète que je vous crois... mais ce n'est pas ma faute, je ne le sens pas... il me reste quelque chose, un doute, un vague, un je ne sais quoi... » (Claire, Fik..., etc.) A toute autorité, elles opposent le désir d'une autorité plus grande, si le médecin leur parle, elles voudraient le prêtre, et si c'est le prêtre, elles lui reprochent de ne pas être archevêque ou pape « et encore si le pape me parlait, je ne le croirais pas, car il se pourrait qu'il m'ait mal comprise et que sa réponse infaillible ne s'applique pas à la question » (Claire), de même que la confiance est disparue sans raisons, de même des raisons sont tout à fait incapables de la ramener. Si ce défaut de confiance dans les personnes s'exagère et s'isole, comme il arrive chez Simone que je compte étudier dans un autre ouvrage sur la psychologie des persécutés, le doute se rapprochera de la persécution.

Un degré de plus et les malades vont douter de leur propre avenir ou de leur propre santé. L'absence d'espoir, l'avenir sombre qui se présente comme un trou noir est un grand caractère de ces maladies. Am... ne peut rien croire de ce qui arrivera demain et malgré toute évidence ne sait pas où elle sera, si elle sera réellement sortie, si elle saura marcher dans la rue; Simone prend même une terreur folle de l'avenir, elle ne veut même plus y penser et n'essaye pas de se représenter rien au delà de l'instant présent. D'autres douteront du passé et éprouveront le besoin de vérifier leurs souvenirs. « Est-ce bien moi qui ai fait ceci ou cela ? »

Enfin, les malades se mettent à douter du présent, et sentent qu'ils ne sont pas sûrs de ce qu'ils voient. « Depuis longtemps, dit un malade de Legrand du Saulle, j'avais pris l'habitude de me parler à moi-même, pour être sûr que j'étais ici ou là, pour m'en donner des preuves [1]. » « Je vois bien ceci, dit Ges..., mais au

1. Legrand du Saulle, *Folie du doute*, p. 47.

fond je n'en suis pas plus sûre que cela et je retournerai vingt fois dans cette chambre pour voir si l'objet y est bien, sans en être plus sûre. Vous avez beau me l'affirmer, je crois que vous pouvez vous tromper. » On voit ici comment les manies se greffent sur les sentiments d'incomplétude. Ce doute de la réalité nous mène au sentiment de l'étrange, à l'étonnement que certains malades, comme To..., éprouvent en présence des choses et au sentiment de l'irréel que nous avons déjà étudié. Tous ces sentiments en effet dépendent étroitement les uns des autres.

A ces sentiments de doute se rattachent aussi des sentiments de découragement que nous avons vus à propos de la volonté et qui peuvent se généraliser, « je crois que tout est impossible, dit Claire, non seulement pour moi, mais pour tous les autres » des sentiments de défiance, des soupçons. Ces malades ne sont jamais rassurés et prennent des précautions interminables pour qu'on ne les trompe pas, pour qu'on ne livre pas leurs secrets. Enfin, ce doute va donner naissance au besoin perpétuel d'une affirmation étrangère que nous retrouverons dans leurs besoins de direction.

Tous ces sentiments relatifs aux fonctions intellectuelles sont analogues à ceux qui ont été constatés à propos des opérations volontaires. Ce sont des sentiments d'inachèvement : « Vous pouvez être tranquille, dit Lise, je n'arriverai pas à délirer complètement, je suis incapable de penser quelque chose complètement, même une sottise. » Je puis donc leur appliquer le même nom que précédemment et en faire aussi des sentiments d'incomplétude.

3. — *Sentiments d'incomplétude dans les émotions.*

Très souvent les crises de rumination, d'agitation ou d'angoisse semblent déterminées par des émotions : c'est là un fait important sur lequel j'ai déjà insisté. Beaucoup d'auteurs en ont tiré une conclusion très grave, c'est que l'émotion détermine la crise à cause de son exagération et ils ont admis sans discussion que les émotions des psychasthéniques étaient trop grandes, trop fortes. Sans entrer ici dans cette discussion, je remarquerai seulement que ce n'est pas toujours là ce que pensent les malades d'eux-mêmes et qu'ils ont de tout autres sentiments à propos de leurs propres émotions.

1. — *Sentiments d'indifférence.*

Un malade, cité autrefois par Esquirol, s'exprimait ainsi : « Mon existence est incomplète, les fonctions, les actes de la vie ordinaire me sont restés, mais dans chacun d'eux il manque quelque chose, *à savoir la sensation qui leur est propre et la joie qui leur succède*. Chacun de mes sens, chaque partie de moi-même est pour ainsi dire séparée de moi et ne peut plus me donner aucun sentiment. »

Les malades éprouvent, en effet, très souvent un mécontentement fort curieux à propos de leurs émotions et surtout à propos des émotions qui semblent déterminer les crises d'agitations forcées : qu'il s'agisse de l'émotion génitale ou de l'émotion de la colère, il leur semble que l'émotion s'arrête avant de devenir complète et qu'elle se transforme en une autre opération mentale, les ruminations, les tics et les angoisses. « Je ne peux pas, dit Lise, arriver au bout d'une émotion ou d'un sentiment, c'est là ce qui me donne des scrupules. » Cette appréciation des émotions et des sentiments est très générale et comme le phénomène a son importance, il faut en rapporter quelques exemples.

« Il me semble, dit Pot..., que je ne reverrai plus mes enfants, tout me laisse indifférente et froide..., je voudrais pouvoir me désespérer, crier de douleur, je sais que je devrais être malheureuse, mais je n'arrive pas à l'être..., je n'ai pas plus de plaisir que de peine, je sais qu'un repasest bon, mais je l'avale puisqu'il le faut, sans y trouver le plaisir que j'aurais eu autrefois. Les joies ont fui, les peines aussi, je vais à l'enterrement de mon grand-père et je n'ai même pas une crise de chagrin... Il y a une épaisseur énorme qui m'empêche de ressentir les impressions morales, qui m'empêche de sentir même de la peine. » On retrouve ici à propos des émotions les mêmes expressions « du mur, de l'épaisseur » qui servaient déjà à bien des malades pour caractériser le trouble de la perception extérieure.

Nem... n'est plus la même, elle ne s'occupe plus ni de son mari ni de son enfant. « Je voudrais bien essayer de penser à ma petite fille, mais je ne peux pas, la pensée de mon enfant me traverse à peine l'esprit, elle passe et ne me laisse aucun sentiment ». « Il me semble, dit Brk...,que depuis un an je n'aime plus personne. » « Mes enfants me gênent, dit Xyb..., je ne suis pas pour eux ce que j'étais

avant, je n'existe plus au point de vue maternel, je voudrais bien m'y intéresser, mais je ne veux pas. » « Autrefois j'étais peureuse, dit Gay... et vous n'auriez pas pu me faire entrer dans cette salle pleine de squelettes (le musée de la Salpêtrière) ; maintenant cela ne me fait rien du tout, je ne me sens même pas effrayée... tout m'est égal. » « Je n'aime plus les gens, dit Gisèle, il ne me semble pas que j'aime comme les autres, comme j'aimais avant ; j'ai l'impression qu'ils m'aiment mieux que je ne les aime. Je vis repliée sur moi-même comme une égoïste qui pourtant se détesterait. Je ne me fâche plus de rien, je n'ai plus peur de rien, je ne m'intéresse plus à rien, tout glisse sur moi comme sur une toile cirée, tout est émoussé. »

Voici les remarques de Claire sur ses propres émotions : « les émotions s'arrêtent, ne se développent pas, elles se perdent et n'arrivent pas jusqu'à moi, une chose qui aurait dû m'effrayer me laisse calme, je n'ai pas de la peur, j'ai trop de calme ; j'éprouve quand même les joies et les peines, mais affaiblies... Il est très rare que je puisse rire, je souris mais je ne puis rire de bon cœur, une joie comme une peine cela reste au loin, cela reste en l'air et c'est là ce qui me désole le plus, de n'avoir plus de cœur... Il se réveille quelquefois puis il retombe... Vous ne voulez pas croire que je n'ai pas de cœur, je n'ai que l'air d'aimer ma mère. Au fond tout m'est égal, je ne désire pas guérir, je suis insouciante, j'aimerais tant pouvoir avoir beaucoup de chagrin, Je voudrais être bouleversée, souffrir beaucoup : être si tranquille, si calme, cela m'effraie ».

On retrouve le même sentiment d'incomplétude des émotions dans le phénomène si complexe de la timidité. « Il y a des cœurs, disait très bien M. Dugas, qui ne savent pas adapter leurs sentiments aux circonstances... On peut prendre Amiel comme type quand il se plaint d'être devenu incapable de sentir : mon cœur n'ose jamais parler sérieusement, dit-il, je badine toujours avec le moment qui passe et je n'ai que l'émotion rétrospective [1]. »

On retrouve également ce sentiment d'émotion insuffisante dans le sentiment perpétuel *d'ennui*, si banal chez tous les psychasthéniques qu'il est inutile de rappeler leurs intarrissables gémissements à ce sujet. Chez beaucoup l'ennui est évidemment en rapport avec l'aboulie et l'aprosexie ; ils s'ennuient parce qu'ils ne

1. Dugas, La timidité. *Revue philosophique*, 1896, II, p. 569.

font rien. Mais j'ai été étonné de voir un profond sentiment d'ennui chez des malades qui continuent cependant à s'occuper suffisamment. C'est que l'action et le travail ne leur donnaient pas « la sensation qui leur est propre et la joie qui leur succède ». C'est qu'ils restaient toujours indifférents et que, comme disait très bien l'un d'eux, « on s'ennuie de ne pas souffrir, aussi bien que de ne pas jouir ».

A ces sentiments d'incomplétude des émotions je rattacherai aussi un sentiment d'une nature un peu différente, le sentiment que ces sujets ont à propos de leur sommeil.

Si le sommeil peut être lui aussi, comme on l'a vu, le point de départ des crises d'angoisses et d'agitation, on ne sera pas étonné de constater que dans certains cas il donne naissance aux mêmes sentiments d'incomplétude. Claire, comme beaucoup de ces malades, n'arrive pas à avoir un sommeil complet, elle ne dort qu'à moitié, il lui semble toujours « qu'il y a une personne qui continue à penser aussi nettement que si elle était éveillée... Je n'ai qu'une personne qui dort, les autres veillent et rêvent et elles ne rêvent pas toutes la même chose » aussi continue-t-elle à éprouver la même inquiétude pendant le sommeil que pendant la veille.

Lise a le sentiment qu'elle dort à moitié, qu'elle reste à ruminer comme pendant la veille ; au réveil elle a le sentiment d'avoir dormi d'une manière très incomplète. Quand elle va mieux, elle se réveille en sursaut, étonnée de dormir si profondément, d'une manière qui contraste avec son sommeil habituellement si incomplet.

2. — *Sentiment d'inquiétude.*

A côté de ce sentiment d'incomplétude il faut décrire un état d'esprit tout à fait essentiel chez les obsédés, c'est le sentiment d'inquiétude. « Un trait caractéristique qui réunit tous ces états en apparence si divers, c'est l'inquiétude intellectuelle, qu'on peut comparer à la lypémanie anxieuse qui correspond à une inquiétude affective[1]. » A mon avis tous ces malades ont presque perpétuellement une inquiétude à la fois intellectuelle et émotive.

« Je suis inquiet », c'est un mot que tous les malades ont per-

1. Ball, *Revue scientifique*, 1882, II, 42.

pétuellement à la bouche. « Inquiétudes perpétuelles, dit Brk..., telle est ma vie c'est l'inquiétude qui mène à l'ahurissement. » « J'ai toujours un esprit inquiet, tourmenté comme s'il allait m'arriver je ne sais quel grand malheur. » (Kl...). « Ma maladie, dit Nadia, c'est d'avoir un esprit inquiet, je guérirais si je pouvais avoir un peu de sécurité. » « Inquiétude, tourment constant, répète Claire, c'est là mon grand mal. » « En somme j'ai toujours une mouche qui me digonne, je suis malade d'inquiétude, nous dit très bien Gisèle, malade de peur dans le doute, je n'ai pas de confiance en moi, ni en Dieu, ni en rien; je n'ai pas la paix; je fais des efforts surhumains pour avoir cette paix et mon âme est toujours emmaillotée dans l'inquiétude. J'ai peur pour mes sentiments, pour mes actions, j'ai peur pour mes idées, peur de mon cerveau dont je ne me sens plus la maîtresse, j'ai peur de lutter, peur de tout enfin et de ne je sais quoi, et au fond je ne sais même pas si j'ai peur. C'est une inquiétude poussée à un degré énorme comme si on attendait toujours quelqu'un de très cher exposé peut-être à un très grand danger, on ne sait lequel. »

Cette inquiétude ressemble en effet beaucoup à la peur et l'on voit que les malades emploient souvent ce mot, je ne crois pas cependant que le phénomène soit tout à fait identique. La peur est un état plus précis, plus déterminé qui fait naître en nous des sensations positives et qui éveille des idées d'un danger connu avec précision. L'inquiétude est beaucoup plus vague, ni l'état où l'on est, ni la cause de cet état, ni les actions à faire pour l'exprimer ou pour en sortir ne sont bien déterminées. D'ailleurs on constate la différence chez les malades eux-mêmes. Quand on les prie de faire attention, ils reconnaissent qu'ils n'ont pas véritablement peur ; « il vaudrait mieux avoir une vraie peur, dit Gisèle, ce serait moins pénible. » On observe certains sujets chez lesquels les émotions sont très diminuées ou même supprimées et qui depuis leur maladie sont devenus incapables d'avoir peur. Cette malade Gay... qui se plaignait de ne plus avoir peur en regardant des squelettes ajoute : « Je n'ai plus de peur, je vois que cela ne me fait plus rien... cependant je reste toujours tellement inquiète ». Pour ces raisons, je crois donc que l'inquiétude, surtout celle des scrupuleux, n'est pas de la peur, pas plus d'ailleurs qu'elle n'est aucune autre émotion précise.

L'inquiétude me paraît un phénomène complexe, elle contient en premier lieu une excitation à l'action exagérée, inutile, infé-

rieure, à l'agitation : l'inquiet sent qu'il faut faire quelque chose pour sortir de son état, il ne sait pas trop quoi et il ne peut pas rester cinq minutes en place. L'inquiétude contient en second lieu une souffrance, un état de conscience pénible. Mais l'essentiel est causé par le sentiment que l'état où l'on est n'est pas stable, définitif, complet. Il y a une inquiétude d'action quand on sent que l'action n'est pas terminée, qu'il reste quelque chose à faire, que la décision n'est pas prise. Il y a une inquiétude intellectuelle quand on sent que l'attention n'est pas fixée, que la perception n'est pas précise, que le monde a un aspect étrange et irréel. Il y a une inquiétude émotionnelle, quand on ne parvient pas carrément à un état de plaisir net, de souffrance nette, de véritable peur. Un malheur précis ne donne pas d'inquiétude, pas plus qu'un danger réel. Mais ces divers états sont justement ceux que je viens de décrire sous le nom de sentiments d'incomplétude, dans les actes, les perceptions et les émotions. L'inquiétude est donc essentiellement constituée par les sentiments d'incomplétude auxquels s'ajoutent un sentiment de malaise et une excitation à faire effort pour en sortir.

L'observation des malades démontre cette interprétation ; l'inquiétude a commencé chez Claire avec les premiers doutes religieux vers l'âge de 18 ans, c'est-à-dire avec les premiers sentiments d'incomplétude, c'est à ce moment qu'elle a eu des inquiétudes pour sa foi, pour ses confessions, des inquiétudes sur « la lumière qui s'en allait ». Lobd..., femme de 35 ans, nous dit très bien : « Quand je suis inquiète, c'est comme si je n'avais pas terminé quelque chose, comme s'il restait à propos de tout quelque chose de pressant à accomplir. » « J'ai un besoin de compléter quelque chose dit Gisèle, je cherche toujours ce que je devrais faire, ce que je devrais surveiller, ce que je devrais chercher, mon esprit ne me paraît jamais assez occupé, assez émotionné, il cherche toujours ce qu'il aurait à faire, à sentir d'autre. »

Un sentiment de ce genre peut évidemment être la conséquence de certaines idées fixes. Mais il faut remarquer qu'il existe chez tous les malades quelles que soient leurs obsessions. Il ne me semble pas certain que l'inquiétude soit réellement déterminée par le motif qu'invoque le sujet pour l'expliquer. Si on retire ce motif, il en prend immédiatement un autre, les motifs changent indéfiniment et l'inquiétude reste la même. Quand les malades

vont mieux et qu'ils n'ont plus en réalité d'obsessions précises, ils restent inquiets pendant quelque temps et par habitude, disent-ils, ils continuent à chercher ce qui pourrait bien les tourmenter. « C'est un fond d'habitude, dise Lise, qui m'empêche encore de dormir tranquille. » Chez beaucoup de malades, ces inquiétudes existent longtemps avant la maladie proprement dite, Mus..., Mb..., Lise reconnaissent qu'elles ont été ainsi depuis l'enfance. Jean était inquiet au lycée à cause des devoirs, des leçons, des pensums ; il devenait malade quand il y avait une composition de récitation à préparer, comme aujourd'hui il est tourmenté par les femmes, les fluides, les omnibus et les lettres à mettre à la poste. L'inquiétude me semble donc être un sentiment fondamental antérieur aux obsessions par lesquelles le malade cherche souvent à la justifier ; c'est la forme complexe que prennent plusieurs de ces sentiments d'incomplétude.

3. — *Le besoin d'excitation*. — *L'ambition*.

Pour sortir de cette souffrance inquiète les malades cherchent instinctivement quelque chose qui pousse plus loin leurs sentiments insuffisants, qui les *excite*. C'est ce besoin que nous avons déjà vu se manifester grossièrement dans le besoin de poisons excitants, dans la dipsomanie, dans la morphinomanie, dans la recherche de l'excitation génitale parfaite chez certains érotomanes, dans les impulsions à la marche, dans le désir même de la souffrance. On le voit encore dans « le besoin de faire des sottises pour se réveiller » dans « le besoin fou de sensations nouvelles ». Nous le reverrons encore sous bien des formes variées, en particulier à propos des besoins de direction et d'affection.

L'inquiétude contient aussi une partie active, elle excite à faire des efforts. Cette remarque est vérifiée par l'existence d'un sentiment inattendu chez nos scrupuleux, l'*ambition*. Ils sont d'abord tous des consciencieux, ils s'efforcent de faire les choses jusqu'au bout précisément parce qu'elles leur paraissent toujours insuffisantes. Jean était un élève modèle dans sa médiocrité, il se serait rendu malade plutôt que de ne pas faire son devoir jusqu'au bout, il prenait toutes les précautions possibles pour ne jamais mécontenter un maître. Encore maintenant Vor..., à 50 ans, reconnaît qu'elle a une conscience ridicule : elle se force

dans son ménage à faire toutes les choses pénibles ; quand elle commence un livre elle se croit obligée de le lire jusqu'au bout sans passer une ligne, même si le livre l'ennuie. Meu... travaille toute la journée sans se permettre aucun repos, « il me semble que si je cessais de travailler un moment je n'aurais plus le droit de manger ». Cette activité inquiète dépasse le présent : « il faut toujours, dit Lise, que je pense à plus tard, que je cherche ce que je ferai après cela, que je dépasse ce travail, que j'aille au delà ». Ce besoin va devenir une manie et nous l'avons justement étudié sous le nom de manie de l'au delà, mais les sujets ont ce besoin avant d'être malades, ils l'ont toute leur vie et je crois que c'est au début un trait de caractère en rapport avec leur perpétuelle inquiétude.

Un degré de plus dans le même sens et l'on comprend comment se développe une sorte d'ambition insatiable. Nadia n'est jamais satisfaite de la façon dont elle joue du piano, elle veut être « une tout à fait grande artiste,... moi, je suis le ver de terre, dit-elle, et mon idéal, c'est l'étoile et je voudrais devenir plus digne de lui. Il me semble que je veux toujours devenir l'égale des plus grands hommes, quoique je sache bien que je n'ai jamais été bonne à grand'chose... Même si j'avais pu réussir à être une grande musicienne je n'aurais jamais été contente, j'aurais toujours voulu grimper plus haut encore... Mon ambition n'a pas de limites ».

Quelle que soit la situation à laquelle ils parviennent, les scrupuleux en sont toujours mécontents, ils rêvent toujours mieux, toujours autre chose. Il est bien probable que ces sentiments bizarres sont quelquefois le principe d'une activité utile et qu'ils ont inspiré des ambitions généreuses ; mais il est vrai aussi qu'ils peuvent être plus souvent le point de départ de jalousies maladives et d'une sorte de délire des grandeurs. « J'ai l'ambition de tout, dit Fa..., cela me rend jalouse de tout, oh ! si j'étais comme les gens qui sont dans cette voiture, comme cette belle dame..., je voudrais arriver au comble de la fortune et de la gloire... et je ne serais peut-être pas encore satisfaite. »

Tous ces sentiments d'incomplétude que les sujets éprouvent à propos de leurs émotions sont bien analogues à ceux qui ont été constatés à propos de l'action et de l'intelligence et ils méritent bien le même nom.

4. — *Sentiments d'incomplétude dans la perception personnelle.*

M. Séglas, en décrivant la crise d'obsession, signalait quelques phénomènes très intéressants qu'il considérait comme l'indication d'un trouble de la conscience pendant la crise. « L'un d'eux, dit-il, un agoraphobe, s'exprime ainsi : au bout de quelques pas, il me semble que je me dédouble, je perds la conscience de mon corps qui me semble être en avant de moi... j'ai bien conscience que je dois marcher ; mais je n'ai pas conscience de ma propre identité, que c'est bien moi qui marche. Je fais des efforts pour me prouver que c'est bien moi et souvent il me faut interpeller un passant, entrer dans un magasin, pour parler, pour demander quelque chose afin de me donner une nouvelle preuve que je suis réellement bien moi...[1] » Un autre malade, garçon de 12 ans, tourmenté par des obsessions, des manies du doute et du toucher reste un instant en arrière de son précepteur ; il accourt effaré en s'écriant qu'on l'avait abandonné en arrière, qu'il fallait retourner le chercher, qu'il était perdu. Le même malade, en voyant passer une voiture cellulaire, est pris d'une grande peur, craignant d'avoir été emmené par le garde qui l'aurait regardé en passant[2]. Ces deux observations semblaient mettre en évidence un trouble remarquable de la conscience personnelle.

Des faits semblables ont été en réalité observés depuis fort longtemps. Les observations de Krishaber[3] connues sous le nom de « névrose cérébro-cardiaque » ont été rendues célèbres par Taine. « Dans les premiers temps, aussitôt après mes attaques, disait un de ces malades, il m'a semblé que je n'étais plus de ce monde, que je n'existais plus, que je n'existais pas. Je n'avais pas le sentiment d'être un autre, non, il me semblait que *je n'existais pas du tout*. Je tâtais ma tête, mes membres, je les sentais. Néanmoins il me fallait une grande contention d'esprit et de volonté pour croire à la réalité de ce que je touchais... » « J'avais,

1. Séglas, *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1895, p. 131.
2. Séglas, *ibid.*, p. 139.
3. Krishaber, *De la névropathie cérébro-cardiaque*, 1873, observation 38.

dit un autre malade, un ardent désir de revoir mon ancien monde, de *redevenir l'ancien moi.* C'est ce désir qui m'a empêché de me tuer..., j'étais un autre et je haïssais, je méprisais cet autre ; il m'étais absolument odieux, il est certain que c'était un autre qui avait revêtu ma forme et pris mes fonctions » et Taine ajoutait : « Le sujet ne se reconnait plus, il trouve toutes ses sensations changées et il dit « je ne suis pas », plus tard il dira « je suis un autre ». Il semble se trouver dans le monde pour la première fois (sentiment d'étrangeté), il croit que ses actions lui échappent, qu'il assite à ses actions en spectateur[1]. »

Plus tard ces observations se multiplièrent, je rappelle celle de Ball qui est remarquable : « Au mois de juin 1874, écrit son malade, j'éprouvai à peu près subitement sans aucune douleur ni étourdissement un changement dans la façon de voir, tout me parut drôle, étrange, bien que gardant les mêmes formes et les mêmes couleurs (sentiment d'étrangeté de la perception). En décembre 1880 plus de cinq ans après, je me sentis diminuer, disparaître : il ne restait plus de moi que le corps vide. Depuis cette époque ma personnalité est disparue d'une façon complète, et malgré tout ce que je fais pour reprendre ce moi-même échappé, je ne le puis. Tout est devenu de plus en plus étrange autour de moi et maintenant non seulement je ne sais ce que je suis, mais je ne puis me rendre compte de ce qu'on appelle l'existence, la réalité[2]. »

Ces cas sous leur forme typique sont si étranges qu'ils ont continué à attirer l'attention. Dans un article publié par la *Revue philosophique*, M. Dugas propose de désigner le phénomène sous le nom de sentiment de *dépersonnalisation*, il observe que ce sentiment se trouve lié avec un autre phénomène curieux, le « déjà vu », c'est-à-dire que le sentiment de dépersonnalisation s'associe souvent avec la fausse reconnaissance. « Souvent le sujet atteint de fausse reconnaissance avait conscience de *devenir autre*, il se sentait rester le même en devenant deux. J'écoutais une voix, dit un malade, comme celle d'une personne étrangère, mais en même temps je la reconnaissais comme mienne, ce moi qui parlait me faisait l'effet d'un moi perdu, très ancien et sou-

1. Taine, *De l'intelligence*, II, p. 463-467.
2. Ball, *Revue scientifique*, 1888, II, p. 43.

dainement retrouvé [1]. » Cette impression le malade ne l'a pas seulement à propos de sa parole, mais il l'a aussi à propos de ses mouvements, de ses actes et il en arrive à l'aliénation de sa personne, à la dépersonnalistion [2].

J'ai eu l'occasion de rapporter deux observations tout à fait remarquables du même genre, celle de Bei... et celle de Ver... [3]. Les deux malades sont identiques dans les grands traits : à la suite d'émotions ils perdent la conscience d'eux-mêmes, ils continuent cependant à exécuter d'une façon correcte toutes les opérations psychologiques, ils sentent tout, se souviennent de tout, parlent, agissent, d'une façon à peu près normale ; mais ils répètent toujours : ce n'est pas moi qui sens, c'est comme si ce n'était pas moi qui parle, qui mange, comme si ce n'était pas moi qui souffre, comme si ce n'était pas moi qui dors. « Bei... voyait clair, entendait bien, sentait correctement, pouvait se mouvoir sans peine, mais elle se cherchait elle-même en ayant l'impression qu'elle n'était plus là, qu'elle avait disparu, que les choses présentes n'avaient pas de rapport avec sa personnalité. Depuis ce moment elle répète toujours la même chose : mais où suis-je ? que suis-je devenue ? ce n'est pas moi qui mange, ce n'est pas moi qui travaille, je ne me vois pas faire ceci ou cela, il y a quelque chose qui me manque. »

Récemment M. Bernard-Leroy, qui avait déjà publié, à propos de ces faits, une discussion sur laquelle je reviendrai, a présenté au congrès de psychologie un nouveau cas remarquable, tout à fait identique aux précédents. Il s'agit d'une femme de 41 ans qui est tombée malade graduellement à la suite d'émotions vives et prolongées. Elle s'agite continuellement et se livre à l'exécution de mouvements bizarres et compliqués, elle se tâte les mains, les bras, promène les mains sur sa tête et son cou. Elle dégrafe même son corsage pour tâter sa poitrine, elle fait claquer ses mâchoires, se tire les cheveux, se tire le pavillon de l'oreille... elle dit qu'elle ne sent plus rien ou du moins ne sent plus rien comme autrefois et que dès lors c'est plus fort qu'elle. (C'est là le phénomène des manies de vérification, des tics, des agitations motrices que nous connaissons chez ces malades.)

« Il faut qu'elle tâte. C'est insensible tout cela, dit-elle en se

1. Dugas, *Revue philosophique*, 1898, I, 501.
2. Id., *ibid.*, 502.
3. Raymond et Pierre Janet, *Névroses et Idées fixes*, II, p. 62.

palpant l'oreille. Quand je me peigne je ne sens pas mes cheveux, ni mes mains quand je me lave, ni mes lèvres quand j'embrasse. Que c'est malheureux d'être vivante et de ne pas pouvoir voir les siens quand ils sont là. Je ne vois pas du tout comme avant, je n'entends pas comme avant, il me semble ne pas entendre le bruit de mes pas, cela me gêne pour marcher, je ne me rappelle plus rien, je ne sais plus rien, je n'ai plus aucune émotion... » En réalité on ne constate aucune diminution appréciable d'aucune sensibilité, elle semble avoir des souvenirs précis quand on l'interroge et elle paraît éprouver les émotions normales [1].

MM. Pitres et Régis, en rapportant les observations de M. Séglas, font observer que dans ces cas la conscience n'est point troublée d'une manière complète. « Si on entend le mot conscience au point de vue clinique en tant que perception exacte des phénomènes psychiques éprouvés, il est évident que sauf de très rares exceptions la conscience est conservée dans l'obsession ; si les malades constatent ce dédoublement, s'ils l'analysent si correctement et si finement, c'est qu'ils ont conscience [2]. » Ces auteurs rappellent seulement ici ce fait important que l'appréciation intellectuelle des obsessions est conservée, que le délire de l'obsédé est incomplet et ne détermine ni conviction, ni impulsion complète. Mais la conservation de l'intelligence proprement dite, comme faculté de critique et de jugement n'empêche aucunement l'altération d'autres phénomènes psychologiques qui entrent dans la conscience personnelle. Si ces observations de M. Séglas et toutes les autres semblables, car je les crois très nombreuses, ne nous montrent pas un trouble du jugement critique mais simplement un trouble de la conscience personnelle elles n'en sont pas moins très importantes pour l'interprétation des obsessions elles-mêmes.

MM. Pitres et Régis font observer ensuite que ces observations sur le sentiment de dédoublement de la personnalité ne se rapportent pas à notre étude actuelle sur le groupe très homogène des psychasthéniques, sur la maladie des obsessions. « Ces faits, disent-ils, forment une catégorie spéciale appartenant à l'automa-

1. Bernard-Leroy, Dépersonnalisation. *Comptes rendus du congrès de psychologie de* 1900, p. 482.
2. Pitres et Régis, *op. cit.*, p. 40.

tisme psychique au moins autant qu'à l'obsession, les malades qui se dédoublent au point de se croire en avant d'eux-mêmes ou de se chercher ailleurs ont autre chose que de l'obsession simple, ils éprouvent un phénomène analogue à certains effets de dualité hystérique[1] ». Je ne puis partager cette opinion, le dédoublement hystérique peut exceptionnellement donner naissance à des expressions à peu près semblables, mais en règle générale il ne se présente pas du tout sous cet aspect. Dans l'hystérie, il y a subconscience véritable, les phénomènes psychologiques forment deux groupes indépendants qui s'ignorent réciproquement, mais chacun de ces groupes conserve sa personnalité. Ici il n'y a pas de dédoublement réel, on ne constate ni anesthésie, ni amnésie, on ne peut mettre en évidence aucune lacune dans le groupe principal des phénomènes, mais il y a un sentiment général qui porte sur l'ensemble de tous ces faits et qui les représente à la conscience comme changés, comme insuffisamment rattachés à la personnalité, c'est là un fait différent de l'hystérie proprement dite.

M. Bernard-Leroy en cherchant le diagnostic de ces troubles dit « qu'il a éliminé successivemeni les diagnostics de folie du doute, le syndrome des négations, de mélancolie, de confusion mentale, d'hypocondrie, et qu'il range ces faits dans la névropathie cérébro-cardiaque de Krishaber[2] ». Qu'il s'agisse de la maladie de Krishaber, cela est incontestable, puisque cette maladie n'est constituée avec netteté que par cet unique symptôme de la dépersonnalisation. Le diagnostic véritable consiste à rechercher dans lequel des groupes morbides aujourd'hui reconnus rentre cette névrose de Krishaber. Il est également facile d'éliminer le syndrome des négations, la mélancolie, la confusion mentale. Mais je ne partage plus l'opinion de l'auteur quand il élimine la folie du doute, l'hypocondrie et probablement aussi les obsessions dont il ne parle pas. La malade même qu'il décrit a des doutes, elle a même des manies mentales de vérification perpétuelle, ses attouchements incessants ne sont pas autre chose que des tics en rapport avec des manies de vérification. Tous les malades précédemment décrits ceux de Krishaber, ceux de Ball, ceux de M. Séglas, celui de M. Dugas ont en même temps des doutes, des manies et des obsessions. Il est intéressant de rappeler à ce propos

1. Pitres et Régis, *op. cit.*, p. 40.
2. Bernard Leroy, *Comptes rendus du congrès de psychologie de* 1900, p. 487.

la suite de l'observation de Bei, que je publiais en 1898. Après 18 mois de dépersonnalisation pure pendant lesquels la malade ne se préoccupait que de la perte de son moi, Bei... est devenue un peu plus tranquille sur sa personne, elle a oublié en partie le sentiment qu'elle éprouvait ; mais elle s'est mise à présenter des crises d'interrogation à propos des souvenirs : il faut qu'elle recherche ce qu'elle a fait la veille, si elle a été au bal il y a huit jours ou si elle n'y a pas été, etc. Ce sont de véritables crises de rumination caractéristiques de la folie du doute, c'est-à-dire de l'une des formes de l'état psychasthénique. Mes nouvelles observations du sentiment de dépersonnalisation auxquelles je vais faire allusion tout à l'heure, observations qui sont nombreuses, portent toutes sur des obsédés. Enfin chez la plupart des obsédés, des maniaques, des phobiques que je viens d'étudier dans les chapitres précédents on trouve au moins en germe ce sentiment de dépersonnalisation. Je suis donc disposé à croire que le sentiment de dépersonnalisation est un des symptômes de l'état psychasthénique et qu'il y a lieu de le rapprocher de tous les phénomènes précédemment étudiés.

Nous nous trouvons alors en présence d'un autre problème. De quel groupe de phénomènes s'agit-il dans ces cas de dépersonnalisation ? Je crois que bien souvent il s'agit de véritables idées obsédantes. Certains de ces malades ont fini par concevoir une idée plus ou moins générale à propos des troubles de leur personnalité. Ils sont obsédés par la pensée qu'ils ont perdu leur moi, comme d'autres par la pensée qu'ils ont perdu leur moralité ; c'est une obsession qui rentre dans la catégorie des obsessions de la honte de soi, et je l'ai déjà signalée à ce propos.

Dans d'autres cas se développent à ce sujet des manies mentales d'interrogation et de vérification comme on vient de le voir. Mais dans un très grand nombre de cas, je pense que, surtout au début, quand la maladie est simple, il s'agit d'un sentiment que le malade éprouve à propos de tous ses phénomènes de conscience. Tous ces malades n'ont pas comme Claire la manie de se rabaisser, comment se seraient-ils rencontrés sur une idée vraiment aussi étrange et en dehors des pensées communes. Cette idée se présente brusquement chez Bei..., chez Ver..., chez Pl... avant toute manie mentale qui chez Bei... ne commence que deux ans plus tard. Enfin dans une discussion très importante nous aurons à comparer ce fait avec un sentiment qui est

décidément très fréquent chez les épileptiques, et il est évident qu'il ne s'agit pas chez eux d'idées obsédantes. Je crois donc que ce trouble de la personnalité est souvent une altération psychologique primitive chez le scrupuleux et qu'il révèle une insuffisance de la perception personnelle.

Ainsi entendus les sentiments de trouble de la personnalité sont très fréquents chez nos malades et présentent divers degrés.

1. — *Sentiment d'étrangeté du moi.*

D... au début d'une crise de dipsomanie sent un trouble dans sa personne « il me semble que je m'effondre, que mon être tout entier devient *confus et étrange,* c'est un état intolérable et j'éprouve le besoin de faire des folies pour en sortir ». Vof..., femme de 38 ans, qui a été mordue par un chien, le premier jour de ses règles, en conserve une vive impression ; elle n'est pas tout de suite tourmentée par l'obsession du chien enragé qui ne viendra que plus tard. Pendant plusieurs mois elle reste tourmentée par un sentiment qu'elle exprime de la manière suivante : « Il me semble que je suis humiliée d'avoir été mordue, c'est comme si cela m'avait flétrie, je ne suis pas comme j'étais auparavant, je ne suis plus la mêem ,*je suis une personne drôle, inférieure, plus basse que je n'étais.* »

Kl..., pendant les périodes d'abaissement qui précèdent la crise des agitations forcées comme une aura, se sent drôle, « je me sens comme enveloppée par quelque chose qui n'est pas moi, c'est à cela que je reconnais que je vais avoir une crise et que je vais m'interroger sur la naissance de mon enfant ».

Tr... répète sans cesse qu' « elle n'est pas elle-même à la façon ordinaire, qu'elle ne veut pas être *un être à part* et qu'elle fera des efforts (agitation motrice) pour retrouver sa personne naturelle.

2. — *Sentiment de dédoublement.*

Un autre trouble du sentiment de la personnalité déjà plus profond c'est le sentiment de division, de dédoublement : on le rencontre très communément. Moreau (de Tours) remarquait déjà qu'il est fréquent dans les monomanies[1]. Krishaber le signale à

1. Moreau (de Tours), *Psychologie morbide,* 1859, p. 208.

plusieurs reprises : « Une idée des plus étranges qui s'impose à mon esprit malgré moi, dit un de ses malades, c'est *de me croire double,* je sens un moi qui pense et un moi qui exécute [1]. » « Je me fais l'effet d'être double, je sens comme deux pensées qui se combattent, dit également un malade de M. Séglas [2], l'une qui est bien mienne, qui cherche à raisonner mais sans succès, l'autre qui me serait en quelque sorte imposée et que je subis toujours. »

J'ai observé un sentiment de dédoublement plus ou moins accentué à peu près chez tous mes malades et je pourrais présenter ici une centaine d'exemples. Je signale seulement quelques variétés de ce phénomène. « On me discute en dedans, c'est comme s'il y avait en moi deux personnes. » (Pr... 210) « Je renferme deux hommes, le raisonnable et l'irraisonnable qui luttent constamment l'un contre l'autre. » (Za... 216) « Je suis comme dédoublé, je me donne en spectacle à moi-même. » (Nah...) « Pourquoi que ça me double... » (Ver...) « Depuis la fin de ma grossesse, tout me paraissait nouveau et étrange et il me semblait que je devenais double... » (Dd... 18) « C'est comme s'il y avait en moi *deux moi,* l'un pense sur la vie un tas de choses auxquelles je ne pensais jamais, l'autre repète : pourquoi faire toutes ces bêtises » (Pot... 19).

Dob... donne de ce dédoublement une expression matérielle qui si elle était générale nous conduirait à faire jouer un rôle à la dualité des hémisphères. « J'éprouve un sentiment qui me fait horreur, je marche comme dans un rêve, ma tête me semble nettement divisée en deux parties l'une tout entière plongée dans l'inertie la plus profonde, dans une sorte de rêve, à tel point que l'œil de ce côté me semble fixe, l'autre partie reste lucide et m'appartient seule ; c'est insupportable. »

Lise se sent toujours l'esprit dédoublé en plusieurs personnes et elles sent toujours en elle-même plusieurs pensées qui se déroulent simultanément et indépendamment. « Il y a toujours, dit-elle, une partie de mon cerveau qui est libre et qui fait ce qu'elle veut. Je ne parle jamais sans avoir une autre idée en tête. J'ai toujours le besoin de penser à trente six choses à la fois, une ne me suffit pas. » Elle va jusqu'à dire que la nuit elle ne dort

1. Krishaber, *La névropathie cérébro-cardiaque,* observ. 6.
2. Séglas, *Leçons cliniques sur les maladies mentales,* 1895, p. 125.

jamais complètement. « Quand je dors, tout ne dort pas. Il y a un côté qui ne dort pas, qui ne sait à quoi penser et qui s'ennuie. Il en résulte que les deux côtés de la tête se disputent. Si je pense à maudire Dieu, une partie de l'esprit l'accepte et l'autre pas et je ne sais plus laquelle a raison. » Quand elle va mieux elle est tout étonnée de ne plus avoir deux idées à la fois et cela la gêne. Cela est si vrai et si curieux, qu'elle se réveille en sursaut la nuit, comme nous l'avons déjà vu, sentant qu'il y a en elle quelque chose d'anormal parce qu'elle dort tout entière.

Si Lise ne parle jamais que de deux personnes, il n'en est pas de même de Claire. Pour elle la personne d'autrefois est absolument disparue, elle est partie, c'était la bonne. « Il me semble qu'elle n'existe plus en moi, qu'elle pleure à côté de moi, qu'elle est en délire, ma vraie personne n'arrive plus à se rendre compte des choses. Pour remplacer cette vraie personne il en est survenu une autre, moins bonne, qui a cédé le pas à une troisième, à une quatrième. Il s'est formé au moins six personnes, des bonnes et des mauvaises qui se présentent simultanément ou successivement, qui se manifestent par des voix, qui se traitent réciproquement de Judas. » Trois de ces personnes lui paraissent assez précises, les autres sont vagues, on ne sait ce qu'elles pensent. En général elles se disputent et ne pensent jamais toutes la même chose. Pour accepter complètement une action ou une idée il lui faudrait la faire accepter par les six personnes et elle se répète cette idée autant de fois qu'il y a de personnes, mais ce travail est interminable. Elle n'arrive jamais au bout parce qu'il y a des rêveries qui s'intercalent. « C'est pour cela, dit-elle, qu'une idée n'est jamais acceptée complètement, il me semble toujours qu'il y a des personnes qui ne l'ont pas comprise. » Comme chez Lise, ce dédoublement étrange existe aussi pendant le sommeil. « Dans le sommeil il y a moins de personnes, il n'y en a plus que quatre, mais elles rêvent toutes les quatre ensemble. Il y en a une dont le rêve est si loin et si vide qu'on ne sait plus ce que c'est, une autre dont le rêve est vague mais perceptible, une autre plus proche : c'est la plus mauvaise. »

Quand elle va mieux il lui semble qu'elle remonte en supprimant les personnes les plus récemment formées, c'est ce qu'elle appelle « passer des personnes. » On peut les « passer physiquement » quand elle retrouve l'état de sensibilité organique qui lui paraissait appartenir à une personne antérieure ; mais il est bien

plus difficile de les « passer moralement », c'est-à-dire d'unifier leurs idées : il en reste toujours plusieurs qui se disputent. Au contraire quand elle va mal, quand elle descend, elle reprend des personnes. « Au début j'avais en moi deux personnes qui pensaient deux choses à la fois, maintenant il y en a six ou huit. »

Dans cette dernière observation très complexe on remarque une expression bizarre « ma vraie personne pleure à côté de moi ». Si on insiste, Claire raconte immédiatement une foule de circonstances où elle voit ainsi sa vraie personne en dehors d'elle. Souvent elle se voit en dehors « jolie, aimable, vive, bonne, comme elle était autrefois, c'est une figure si différente de ce que je suis aujourd'hui, » le plus souvent elle se voit triste : sa vraie personne pleure sur elle-même. Ces hallucinations bizarres qui consistent à se voir soi-même en dehors sont fréquemment citées à propos du sentiment de la dépersonnalisation sous le nom d'*autoscopie*. Le malade agoraphobe cité par M. Séglas se voyait à quelques mètres en avant de son corps. M. Bernard Leroy cite une malade « qui se voyait apparaître devant elle à trois ou quatre mètres... en même temps elle avait l'impression d'être comme transportée en dehors de son corps véritable, il lui semblait qu'elle assistait comme simple témoin au déroulement de ses propres états de conscience comme s'ils avaient été ceux d'une personne étrangère[1]. » J'ai déjà dit à propos des obsessions ce que je pensais des hallucinations du scrupuleux, elles sont incomplètes et manquent de réalité. Le sujet « croit se voir pleurer en dehors, il n'en est pas sûr ; il lui semble qu'il devrait être en dehors à pleurer sur lui-même ». Ces images sont des symboles plus ou moins précis, plus ou moins vivement colorés que le sujet, en vertu de ses manies de précision et de symbole, s'efforce de concevoir pour exprimer ce sentiment de dédoublement : le sentiment lui-même reste le phénomène essentiel.

3. — *Sentiment de dépersonnalisation complète.*

Déjà dans bien des cas précédents, aux sentiments d'étrangeté du moi, de dédoublement de la personne, se joignait un sentiment de dépersonnalisation plus ou moins complète. Claire nous dit très bien que sa personne *actuelle* est divisée, dédoublée, mais

1. Bernard-Leroy, *Revue philosophique*, 1898, II, p. 161.

que c'est là une personne déjà artificielle et surajoutée, la vraie personne, celle d'autrefois, est complètement partie, elle est en dehors, à côté, elle pleure. C'est un cas tout à fait identique à ceux dont parlait Taine : au début, la personne est morte, puis elle devient autre.

Dans des cas moins complexes on trouvera simplement la disparition, la mort de la personne normale. Aux deux cas que j'ai déjà étudiés, ceux de Ver... et de Bei...[1] j'ajoute en résumé quelques cas nouveaux. Pl..., femme de 28 ans, commence la dépersonnalisation à la suite d'une grossesse, elle sent qu'elle n'est pas naturelle, qu'elle ne vit pas comme elle vivait autrefois, elle cherche à se retrouver en se regardant dans la glace et elle ne se reconnaît pas « il est bizarre qu'elle sente encore la souffrance puisqu'elle n'est plus rien ; ses bras et ses jambes marchent seuls, car elle n'existe plus... Je raisonne comme tout le monde et je vous assure que ce n'est plus moi, je sens bien que je mange et cependant ce n'est pas moi qui mange, c'est tellement drôle que je ne peux pas détourner mon esprit de cette maladie ». Cette femme en même temps ne peut plus agir car quelque chose la retient et la force à répéter indéfiniment le début d'un acte. Elle répète indéfiniment des efforts qui sont des tics et des petits mouvements convulsifs « car elle a peur de mourir tout à fait si elle ne les fait pas ». Elle a donc à côté du sentiment de la dépersonnalisation deux manies mentales caractéristiques, celle de la répétition et celle des efforts.

Ck..., femme de 41 ans (obsession amoureuse, besoin de direction, obsession de remords, manie de la recherche, manie de l'expiation), ne demande qu'une seule chose « c'est de retrouver sa pauvre et chétive personnalité ; pourrai-je retrouver jamais ce pauvre moi qui depuis trois mois me semble disparu, tantôt il me semble que c'est moi qui souffre, tantôt j'ai besoin de me voir devant la glace pour savoir que je suis encore moi-même, je suis obligée de faire des efforts pour ne pas croire que je suis morte ».

Léo..., femme de 36 ans (phobie des orages, des épingles, de la mort, manie des expiations) : « je ne sais où je suis, je ne sais d'où je viens, je perds l'idée de moi-même, je me trouve si drôle que je me crois à moitié morte et à moitié vivante, je suis

1. *Névroses et Idées fixes*, II, p. 61 et sq.

toujours occupée à me demander si j'existe encore. » To... (folie du doute typique avec manie de la recherche) se demande avec angoisse si elle est encore elle-même » ou si elle est un meuble, un animal, un porc que l'on saigne ». Dob..., pendant la crise d'agoraphobie, est effrayée par sa propre voix « ma voix a une sonorité étrange, qui me fait mal, je suis convaincue que ce n'est pas moi qui parle, je ne reconnais plus mes membres, j'ai besoin de réfléchir et de me retenir pour ne pas aller me chercher moi-même, car il me semble que je suis restée en arrière, » on voit que celle-ci parle tout à fait comme la malade de M. Séglas. Gisèle, dont j'ai bien souvent cité déjà les obsessions de vocation et toutes les manies mentales, a par moment des peurs terribles « parce que tout d'un coup, dit-elle, il me semble que je ne suis plus moi, *que je viens de mourir*, et cela me donne le sentiment de la folie ».

Enfin je rappellerai l'observation de Pot... qui est très complète, cette femme de 32 ans, toujours scrupuleuse, tombe malade après une troisième grossesse, voici ce qu'elle m'écrit : « je ne comprends plus la vie, ni le monde, ni moi-même, j'ai perdu toute conscience de mon être. Il me semble que je ne vis plus que matériellement, que mon âme est séparée de mon corps... J'en arrive à me demander si j'existe d'aucune manière... Je me figure ne plus être sur terre..., si j'ai une vie quelconque c'est dans un autre monde... Je ne puis plus me mettre dans la tête que moi et les miens nous sommes vivants... Je suis lasse d'une vie pareille qui dure indéfiniment sans que je puisse me rendre compte depuis combien de temps, je ne la comprends plus. Quand ces sentiments me prennent j'éprouve le besoin que les miens me caressent afin de me persuader que je suis bien auprès d'eux et je leur reproche de ne pas me faire sentir que je ne suis pas morte. » Tous les troubles de la perception des choses, de la perception du moi, de la notion du temps, du besoin d'être aimé se retrouvent dans cette observation.

Sans chercher ici à interpréter ces sentiments de dépersonnalisation, je voudrais seulement relever leurs relations avec les phénomènes précédents. M. Dugas montrait déjà que ce sentiment de dépersonnalisation se rapprochait du sentiment de fausse reconnaissance du « déjà-vu », il parlait aussi très justement à ce propos du sentiment d'apathie, d'atonie morale. Un malade de Krishaber

qu'il cite disait qu'il agit par une impulsion étrangère à lui-même, automatiquement [1]. « J'agis comme un mécanisme qui fonctionne après qu'on a retiré la clef, qui sert à le remonter. » En un mot M. Dugas se montrait disposé à réunir en un groupe les sentiments de dépersonnalisation, de déjà-vu, d'apathie, de domination. M. Bernard-Leroy veut également faire rentrer le sentiment de dépersonnalisation dans un groupe plus vaste, celui des sentiments d'étrangeté. Ces sentiments d'étrangeté peuvent, dit-il, se présenter sous quatre formes : 1° le sujet a sentiment inanalysable que la réalité est un rêve ; 2° il a l'impression d'éloignement, de fuite du monde extérieur ; 3° ce sont les propres actes du sujet qui lui apparaissent avec cette couleur d'étrangeté, d'inattendu : il traduit alors son impression en disant qu'il lui semble que ce soient les actes d'un autre ; 4° enfin survient ce que l'on peut appeler la forme complète de l'impression de dépersonnalisation lorsque le sujet se sent étranger à toutes ses perceptions, actions, souvenirs, pris en bloc [2].

Ces rapprochements sont très intéressants et à mon avis indispensables, depuis longtemps je soutiens qu'il est juste de les faire plus étendus encore, ainsi que je viens de le dire à propos des sentiments d'étrangeté de la perception et de déjà-vu. Dans mes cours de 1897 et 1898 sur *les sentiments intellectuels* qui accompagnent le fonctionnement de la volonté et de la mémoire j'avais essayé de montrer que le sentiment de déjà-vu, les sentiments d'étrange, les sentiments de dépersonnalisation se rapprochaient des sentiments de perte de la liberté, d'action mécanique, de domination et rentraient dans le groupe des sentiments d'automatisme. Je continue à concevoir ce groupe de la même manière, mais quand il s'agit des scrupuleux il me semble plus juste de faire rentrer tout ce groupe de phénomènes dans les sentiments d'incomplétude dont on a déjà vu bien des formes.

Ce qui caractérise le sentiment de la dépersonnalisation comme les sentiments précédents, c'est que le sujet sent la perception de sa personne incomplète, inachevée. « Je ne puis pas arriver jusqu'à l'unité de ma personne, répètent-ils tous, je ne puis pas m'atteindre moi-même... » Au fond, ils savent bien tous qu'ils

1. Dugas, *Revue philosophiqre*, 1898, I, 503.
2. Bernard-Leroy, Sur l'illusion dite de dépersonnalisation. *Revue philosophique*, 1898, II, p. 158.

ne sont pas réellement dédoublés et qu'ils ne sont pas morts, et malgré leurs expressions souvent exagérées ils n'ont pas un sentiment positif de multiplicité et de mort. Il serait trop facile de montrer qu'un sentiment positif de ce genre est une conception contradictoire et irréalisable. Ce qu'ils ont en réalité c'est le sentiment négatif de n'être pas assez un, de n'être pas assez vivant, de n'être pas assez réel. Ils devraient dire et on leur fait dire très facilement dès qu'on insiste un peu : « Je ne sens pas assez la réalité de ma personne. » C'est là ce qu'ils traduisent dans leur langage symbolique par les mots « je sens que ma personne est morte » sans se rendre compte de l'absurdité de ces termes. Ce sentiment fondamental qui existe sous ce langage est donc le même que nous avons rencontré à propos de l'action, de l'intelligence, et des émotions, un sentiment perpétuel d'incomplétude: c'est lui dont il faudra rechercher l'explication.

DEUXIÈME SECTION

LES INSUFFISANCES PSYCHOLOGIQUES

Si la plupart de ces sentiments pathologiques sont des phénomènes primitifs et non des idées obsédantes, il faut se demander quelle est leur signification. Correspondent-ils à des troubles dans le fonctionnement mental que nous puissions apprécier autrement que par les sentiments conscients du sujet ? Comme nos procédés d'investigation soit psychologiques, soit physiologiques sont encore rudimentaires, ce problème est très difficile à résoudre et il faut bien souvent nous borner à des indications que nous donne l'observation.

1. — *Les symptômes de rétrécissement du champ de la conscience.*

Quand on examine ces malades qui se plaignent d'avoir perdu leur personnalité, de ne plus voir les choses comme elles sont, de ne plus pouvoir agir, ni sentir comme autrefois, la première idée qui vient à l'esprit, c'est que l'on va facilement constater en eux des suppressions de fonctions psychologiques connues et l'on songe immédiatement aux troubles qui ont été souvent décrits chez les sujets hystériques. Observe-t-on chez les scrupuleux des disparitions de sensations, de souvenirs, de mouvements comme chez les hystériques ?

C'est la première question que nous avons à résoudre.

1. — *Les anesthésies.*

L'existence d'anesthésies, en particulier, aurait ici une très grande importance : il semble qu'elle expliquerait assez bien certains sentiments de privation, d'incomplétude que l'on rencontre

à chaque pas chez ces malades. Je me suis donc beaucoup préoccupé de l'étude de la sensibilité chez les scrupuleux, sans être parvenu, je dois l'avouer, à des résultats bien nets.

Il est d'abord incontestable qu'on n'observe jamais chez eux les grandes anesthésies des hystériques. Jamais je n'ai trouvé chez ces malades de ces vastes régions du corps, de ces viscères où la sensibilité consciente paraît tout à fait abolie et où on ne peut manifester la persistance d'une certaine sensation que par des procédés particuliers. Jamais on n'observe ces pertes du sens musculaire, qui s'accompagnent de paralysie complète ou du syndrome de Lasègue (mouvement les yeux ouverts, paralysie et catalepsie les yeux fermés, etc.): ce premier point est tout à fait net même pendant les plus grandes crises de rumination ou d'angoisse. Pincez un de ces sujets pendant la crise la plus violente ou levez son bras en l'air, il se retournera toujours et ne maintiendra pas son bras en l'air.

D'autre part, chez la plupart des sujets qui ne sont pas très malades et surtout qui ne le sont pas depuis très longtemps, soit pendant l'état à peu près normal, soit pendant la crise on ne peut avec nos moyens d'investigation actuels constater aucune altération nette de la sensibilité. Comme ce point est capital, voici quelques observations et quelques chiffres. Chez Bei... et Ver..., ces deux sujets qui soutiennent si drôlement qu'ils ont perdu leur personne et qui répètent sans cesse : « ce n'est plus moi qui cause, qui marche, qui sent, qui vit, qui dort. » L'état de la sensibilité a été particulièrement étudié. « Nous étions disposés à penser, disais-je à ce propos, que ces sujets ne doivent pas avoir de leurs corps et de leurs viscères les mêmes sensations qu'autrefois. Mais en cherchant à constater ces troubles de la sensibilité supposés a priori nous éprouvons un étonnement. Chez Bei..., il n'y a aucune anesthésie : l'æsthésiomètre donne 2 à 5 millimètres à la face palmaire des doigts, 20 millimètres à droite et 25 à gauche, à la face inférieure du poignet. Ces sensations sont nettes, sans erreurs, ne s'accompagnent d'aucune douleur, d'aucun chatouillement, elles sont localisées au dos de la main, par exemple, avec une précision de 2 à 3 millimètres, elles se présentent tout à fait comme chez l'homme normal.

Pour apprécier et mesurer au moins d'une manière grossière les sensations dites « du sens musculaire ou kinesthésique » qui nous paraissaient avoir ici quelque importance, nous nous sommes

servis de la méthode des poids. Nous faisons soupeser au sujet des petits cylindres, des cartouches de fusil, comme l'avait fait autrefois Galton. Ces cartouches sont toutes absolument semblables en apparence, mais elles sont remplies de plomb de manière à présenter des poids inégaux bien déterminés, et le sujet doit en prenant ces cartouches, en les remuant, en les soupesant, apprécier la différence de poids, dire laquelle des deux cartouches qu'on lui présente est la plus lourde ou la plus légère. Afin de rendre ces expériences comparables, il est nécessaire de choisir un poids, toujours le même pour tous les sujets, qui serve de point de départ. Nous avons adopté le poids de 10 grammes et nous exprimons les réponses du sujet et le résultat de cette petite expérience par une fraction. Le dénominateur désigne le poids pris comme point de départ, c'est-à-dire 10 grammes, le numérateur le poids additionnel nécessaire pour que le malade accuse une différence. En admettant cette représentation, la sensibilité musculaire pour les poids sera chez Bei... 1 dixième pour la main droite et de 2 dixièmes pour la main gauche. Ce sont à peu près les chiffres que l'on obtient chez un individu normal qui n'est pas particulièrement éduqué pour ce genre de recherches.

Le sens auditif a été examiné par M. Gellé qui n'a pu constater aucune modification. Le sens visuel n'est aucunement altéré,

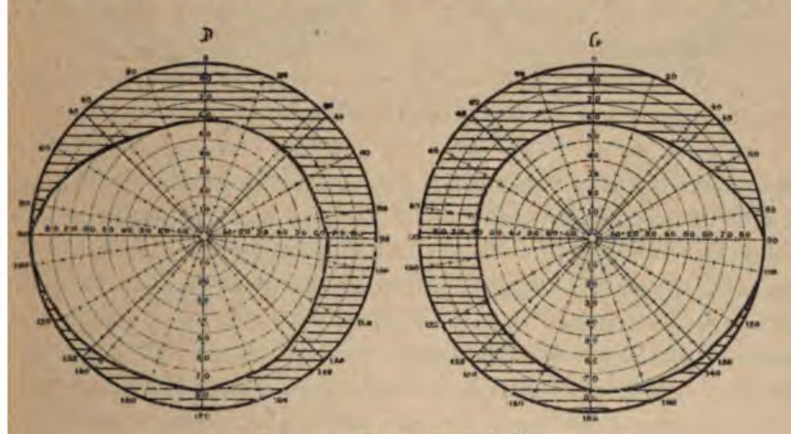


Fig. 9. — Champ visuel de Bei...

l'acuité est totale pour l'œil droit et de 9 dixièmes pour l'œil gauche, le champ visuel est tout à fait grand (fig. 9). Les sensibilités viscérales sont évidemment difficiles à mesurer et nous ne

prétendons rien affirmer : mais enfin cette jeune fille a faim et soif à l'heure des repas, mange de très bon appétit, digère parfaitement, éprouve le besoin d'uriner et d'aller à la selle ; elle se sent suffoquée si on lui ferme les narines, en un mot elle ne se se comporte pas du tout comme les hystériques anorexiques avec anesthésies viscérales. Cependant, malgré cette conservation apparente de toutes les sensibilités, elle continue à dire : « Je ne vois pas, je n'entends pas, c'est rigolo, je ne sens rien, c'est très drôle d'être comme cela. »

La même étude a été refaite sur Ver... ; en voici la conclusion : « Il n'y a pas un stigmate d'anesthésie chez ce garçon. Il distingue les pointes de l'æsthésiomètre à 20 millimètres sur la

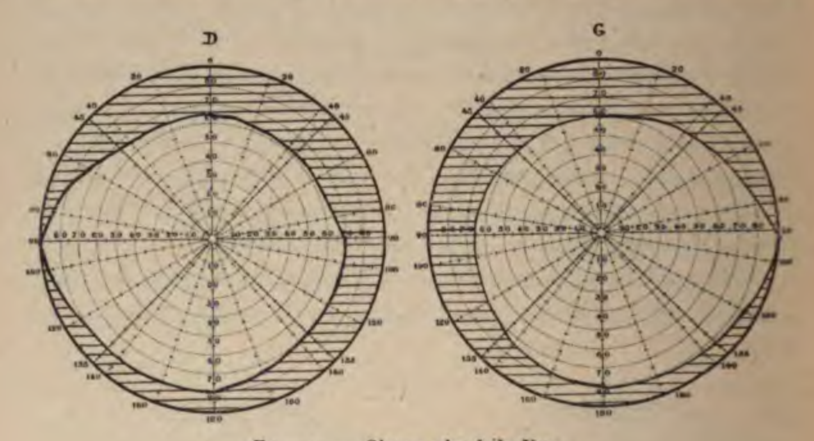


Fig. 10. — Champ visuel de Ver...

face inférieure du poignet droit ; il distingue des poids très légers; il souffre dès qu'on le pique : le goût, l'ouïe, l'odorat, la vue n'ont rien d'altéré ; le champ visuel est à 90° dans chaque œil (fig. 10). S'agit-il de troubles de la sensibilité viscérale ? Ils sont plus probables encore que les précédents, car cette sensibilité joue un grand rôle dans la personnalité. Mais où sont ces troubles ? Il a la faim, la soif, le besoin d'uriner, etc., il sent ce qu'il avale, distingue les goûts comme autrefois. Nous ne pouvons cependant pas décrire les anesthésies viscérales dont nous ne constatons aucun indice. Les supposer, en vertu de théories philosophiques, qui rattachent le sentiment de la personnalité à ces sensibilité ce serait oublier les règles élémentaires de l'observation clinique. »

Depuis ces études, M. Bernard-Leroy a eu l'occasion de refaire les mêmes recherches sur un cas tout à fait semblable. Il arrive exactement au même résultat, c'est qu'on ne peut constater expérimentalement aucune espèce de troubles de la sensibilité. « Je constate d'abord, dit-il, que le malade ne présente aucune anesthésie tactile, aucune diminution appréciable de la sensibilité ; la localisation des sensations se fait normalement avec précision. La sensibilité à la douleur ne me paraît pas diminuée et la sensibilité thermique non plus. La vue semble également n'avoir rien perdu de son acuité ; le champ visuel est de dimensions normales [1]. »

Si nous passons à d'autres malades qui ont des obsessoins, des manies, des angoisses variées, voici quelques chiffres que nous avons relevés : Bu..., grand agoraphobe examiné au milieu d'une crise, distingue les pointes de l'æsthésiomètre au bout des doigts quand elles sont séparées par 2 ou 3 millimètres ; à la face inférieure du poignet droit il les distingue quand elles sont séparées par 35 millimètres, à la face inférieure du poignet gauche il les distingue à 30 millimètres ; le champ visuel de chaque œil s'étend à 90°. Ger..., examinée vers la fin d'une grande crise de rumination mentale, a partout une sensibilité tactile normale : l'æsthésiomètre donne 3 millimètres au bout des doigts, 25 à la face inférieure du poignet, 30 sur l'avant-bras ; le sens musculaire examiné par les poids donne 1/10. Qei..., qui se plaint de ne plus sentir le plaisir ni la douleur, a partout une sensibilité tactile normale, je mesure le sens de la douleur avec l'algésimètre à ressort (appareil de Chéron pour la mesure de la pression sanguine transformé par l'addition d'une pointe et par une graduation différente) et je trouve 25 sur le dos de la main, ce qui est normal. Les mêmes constatations sont faites sur Red..., Vod..., Bor..., Lod... (æsth. au poignet 35, algésimètre sur le dos de la main 20, champ visuel 90). Si on veut observer la sensibilité au plus fort d'une crise d'angoisse, ce qui est difficile, comme on l'a vu parce que la mise en observation arrête la crise, on peut se trouver en présence de sujets qui ne veulent pas se laisser toucher, qui prennent peur de l'instrument et on peut avoir beaucoup de peine à obtenir une réponse. Quand on l'ob-

1. Bernard-Leroy, De l'illusion dite de la dépersonnalisation. *Comptes rendus du congrès de psychologie de* 1900, p. 482.

tient, elle est normale, tout au plus indique-t-elle un peu de diminution en rapport avec l'état de distraction du sujet.

On peut rencontrer une difficulté spéciale quand on expérimente sur les grands douteurs qui hésitent à répondre parce qu'ils ne sont jamais sûrs de rien. J'essaye d'appliquer l'æsthésiomètre à Vi... en pleine crise de rumination et d'hésitation ; elle prétend n'être jamais sûre qu'il y a une pointe ou deux pointes et il faut que j'exige une réponse, même si elle ne se sent pas certaine de son exactitude. La moyenne de ces expériences faites dans ces conditions sur la face inférieure du poignet droit donne 40 : ce chiffre semble indiquer une légère diminution. Cependant étant données les innombrables chances d'erreur, j'avais admis autrefois qu'il fallait au moins 60 pour admettre une hypoesthésie hystérique cliniquement intéressante : le chiffre constaté sur Vi..., en est encore éloigné. Il est vraisemblable d'ailleurs que ce chiffre un peu élevé est en rapport avec le besoin de certitude du sujet, M. Binet a fort bien montré que le chiffre donné par l'æsthésiomètre est modifié considérablement par le degré d'interprétation que fait le sujet de ses sensations tactiles[1] et il est bien probable qu'il est élevé par le besoin de précision, par le désir de ne considérer comme doubles que des sensations réellement bien distinctes. On peut donc dire que chez la plupart de ces malades psychasthéniques les méthodes actuelles de mesure ne mettent pas en évidence d'anesthésie appréciable.

Il faut mettre à part un dernier groupe fort intéressant dans lequel on peut relever assez nettement des diminutions appréciables de la sensibilité, surtout pendant les crises. MM. Buccola et Séglas ont remarqué des cas où la sensibilité était diminuée[2]. J'en ai observé aussi quelques-uns.

Quelques malades emploient d'abord des expressions que nous sommes habitués à rencontrer dans la bouche des anesthésiques. « Pendant la crise, dit Bal..., mes mains me semblent être dures et froides » ; « il me semble, dit Buq.,., que j'ai la peau engourdie et que j'y ressens comme des fourmis, on dirait des bestioles qui me courent sur le corps. » Mio... (186) se plaint de sentir le cou

1. A. Binet, Est-il possible de mesurer la sensibilité tactile d'une personne avec la méthode de Wéber ? Communication à la société de psychologie. *Bulletin de l'institut psychologique*, mai 1901, p. 145.

2. Séglas, *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1895, p. 75.

et la gorge pleins de boutons. Je n'ai pu examiner ces deux malades qu'en dehors des crises et j'ai dû constater que malgré leur dire la sensibilité était normale.

Chez d'autres les vérifications donnent quelques résultats, Qb... se plaint de sentir plus confusément du côté droit, ce côté lui paraît plus engourdi et plus gros que l'autre, c'est là le langage de quelques hystériques : j'obtiens à l'æsthésiomètre une différence minime mais nettement appréciable : 50 sous le poignet droit et 30 à gauche.

Tr... se plaint qu'elle perd le goût, l'odorat et que toute la face s'engourdit, je trouve la sensibilité de la face normale, mais le goût est réellement diminué et l'odorat est presque disparu. Il est vrai qu'il faut ici tenir compte de cette sécheresse des muqueuses qui existe souvent chez ces malades.

Les deux malades qui m'ont semblé le plus intéressants au point de vue des troubles de la sensibilité sont Lise et Claire. Lise a noté beaucoup de détails qui montrent son grand engourdissement. Pendant une crise de rumination elle s'est coupé la main sans s'en apercevoir ; elle devient surtout indifférente à la température, il lui est arrivé en s'habillant d'être absorbée par ses idées et de rester debout une demi-heure à demi nue dans une pièce très froide sans en être incommodée ; elle me raconte que donnant un jour un bain à son enfant tout en se laissant aller à rêver elle l'a brûlé et s'est elle-même brûlé les mains sans sentir que le bain était trop chaud. Elle prétend qu'au moment où l'idée est forte, elle voit moins et elle entend à peine.

Les expériences de vérifications sont comme toujours très difficiles et quand l'attention est attirée on ne constate plus d'aussi grandes anesthésies. Le tact proprement dit mesuré à l'æsthésiomètre n'est que peu diminué, la vue et l'ouïe sont à peine modifiées, mais j'ai été frappé de trouver une assez sérieuse diminution du sens de la douleur. Une injection hypodermique qui est douloureuse à l'état normal devient tout à fait indifférente pendant les périodes de rumination. Les mesures de la sensibilité douloureuse avec l'algésimètre donnent des différences assez nettes pour que l'on puisse les résumer dans un schéma. On constate pendant les crises de rumination une hypoalgésie générale surtout caractéristique à droite de la poitrine et sur l'épaule. Les chiffres sont 50 et même 85 et 105, tandis que quand le malade va bien, en particulier à la suite de séances dont nous parlerons, elle

ne laisse pas enfoncer l'aiguille à plus de 20 ou 25 (fig. 11 et fig. 12).

Chez Claire les troubles de sensibilité sont encore plus nets. Quand elle se plaint que son corps est mort, qu'il y a comme un trou sous son sein droit où tombe sa personnalité, il y a quelque chose d'objectivement appréciable. Il y a une série de régions du corps au larynx, aux deux seins, à l'épigastre, la partie inférieure de l'abdomen où l'engourdissement est notable surtout à droite.

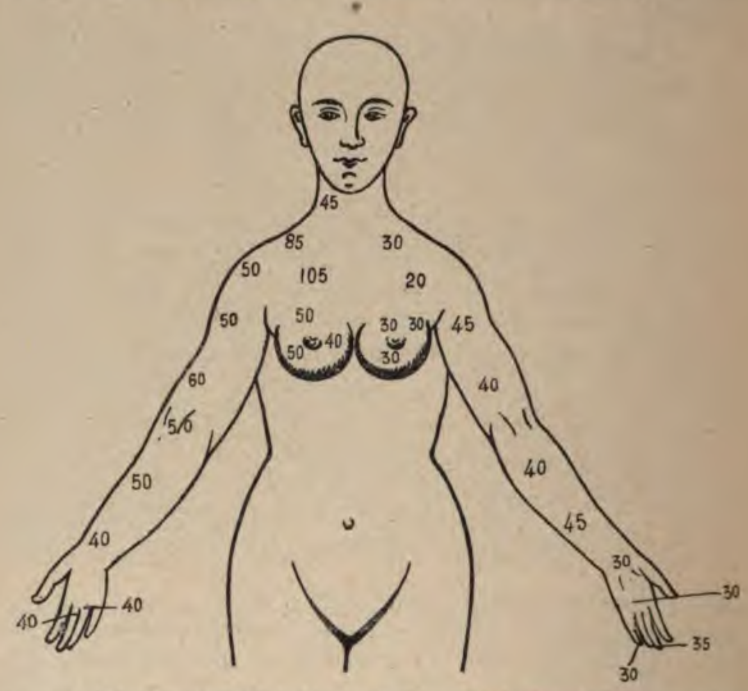


Fig. 11. — État de la sensibilité de Lise pendant une période de rumination mesurée avec l'algésimètre à ressort. — Analgésie plus accentuée à droite.

La douleur de la piqûre dans ces régions n'est appréciée qu'à 105 tandis qu'au poignet elle est sentie à 30. Le contact d'un cheveu, suivant la méthode de Bloch, qui est nettement perçu dans les région avoisinantes cesse d'être perçu quand il arrive dans les régions. J'ai même pu, ce qui est tout à fait exceptionnel pour ces malades, établir une sorte de schéma de la sensibilité comme on fait pour les hystériques (fig. 13). Il ne faut pas oublier que les parties ombrées de cette figure ne correspondent pas à de l'anesthésie vraie, mais tout au plus à une diminution de la sensi-

bilité, surtout de la sensibilité à la douleur. En considérant cette figure on verra qu'elle ressemble tout à fait à celle que nous avons déjà publiée à propos d'hystériques ayant des idées fixes génitales [1]. On sait que les sensations et les images venant de certaines parties du corps ayant une fonction déterminée et, par conséquent, ayant une certaine qualité commune, se groupent, s'associent dans certaines émotions de manière à constituer des régions psychologiques. La sensibilité des parties génitales, du pubis, des

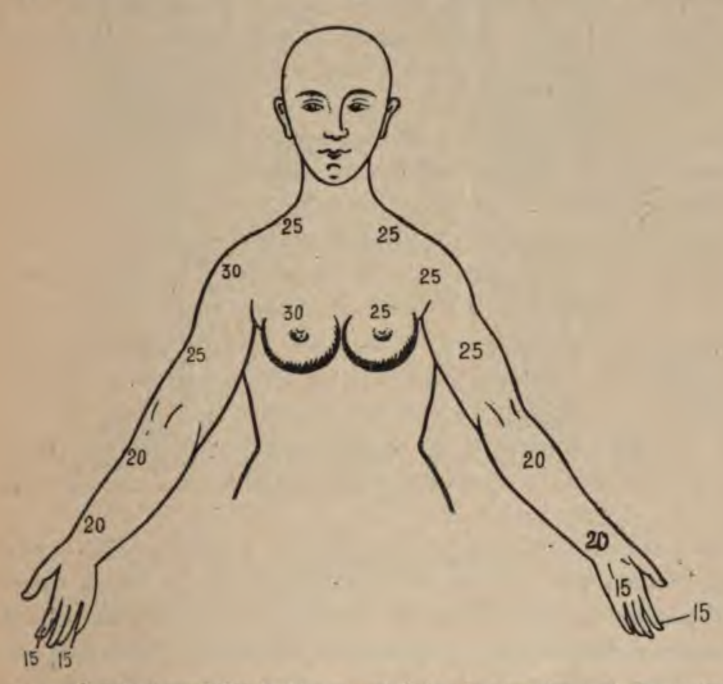


Fig. 12. — État de la sensibilité de Lise mesuré de la même manière pendant une période plus normale. — Sensibilité à la douleur à peu près normale.

seins et quelquefois de l'ombilic forme un système qui est lié à toutes les émotions ou idées génitales : il est intéressant de remarquer que chez une scrupuleuse ayant depuis une douzaine d'années des obsessions génitales la sensibilité de toutes ces régions est troublée comme elle l'est dans l'hystérie. J'ai déjà rapporté l'observation d'un homme qui, après vingt ans de méditation sur des obsessions de ce genre, en arrive aussi à une hypoesthésie

1. *Névroses et Idées fixes*, II, p. 434.

des parties génitales : la différence avec l'hystérie est toujours la même, l'insensibilité est très incomplète et ne porte nettement que sur la douleur.

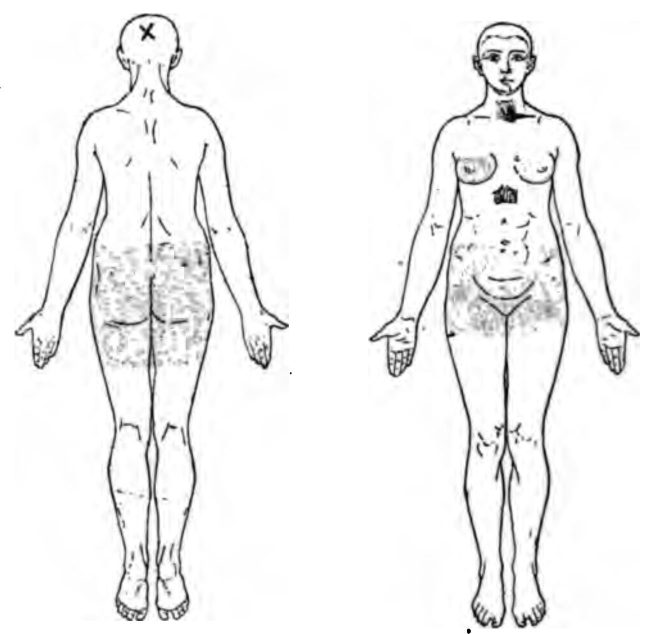


Fig. 13. — Schéma de la répartition de l'hypoesthésie chez Claire
X Localisation de la céphalalgie.

En résumé, nous n'avons rencontré de troubles de la sensibilité appréciables que dans un petit nombre de cas et encore ces troubles portent-ils presque exclusivement sur la sensibilité à la douleur et dépendent-ils étroitement du degré de l'attention. Dans l'immense majorité des cas il n'y avait aucun trouble précis des sensations tactiles et des sensibilités spéciales, enfin dans aucun cas nous n'avons pu noter de grandes et profondes anesthésies.

Je n'insiste pas sur l'amnésie et sur la paralysie, car vraiment je n'ai rien observé chez mes malades qui rappelle même de loin ce que l'on observe chez les hystériques ; il n'y a guère que des symptômes subjectifs. « Bei... soutient qu'elle n'a aucune mémoire, que depuis son accident elle ne se souvient de rien. Il ne faudrait pas, disions nous [1], la croire sur parole et nous figurer qu'elle pré-

1. *Névroses et Idées fixes*, II, p. 65, p. 72.

sente des amnésies réelles et étendues, interrogez-la, si vous voulez, nous vous mettons au défi de trouver un oubli réel ». « Ver... a imaginé de dire qu'il avait perdu la mémoire et il voulait même se faire dispenser du service militaire sous prétexte d'amnésie : « je ne me souviens de rien, dit-il, je ne puis pas tenir une conversation, car je ne puis suivre aucune idée » c'est là ce qu'il décrit, mais même embarras que tout à l'heure, si vous cherchez quelle forme d'amnésie il présente vous n'en pourrez trouver aucune. Interrogez-le sur tout ce que vous voudrez, il vous répondra avec des détails interminables : et il continue à dire je n'ai aucune mémoire, tandis que sa parole a montré tous les souvenirs possibles. »

Claire prétend aussi avoir perdu la mémoire, ne plus se souvenir du passé et ne pouvoir apprendre le présent. En réalité elle raconte à peu près tout et quand j'ai essayé de lui faire apprendre 10 syllabes en les prononçant devant elle, elle y est arrivée correctement après 13 auditions. Cela ne montre pas une grande puissance d'attention, mais cela n'est pas de l'amnésie.

Gisèle se plaint d'avoir par moment des paralysies complètes, je ne les ai jamais constatées : cette difficulté que la malade éprouve à marcher dans certaines circonstances se rattache à ces sortes de crises de fatigue qui surviennent fréquemment chez ces sujets ; ce ne sont aucunement de véritables paralysies.

2. — *Les mouvements subconscients.*

Un autre phénomène que l'on est tout disposé à rechercher chez les scrupuleux c'est le mouvement involontaire et subconscient dont le type idéal est l'écriture automatique des médiums. Les malades parlent comme s'ils constataient sans cesse en eux des phénomènes de ce genre « j'agis sans me faire l'idée de ce que je fais, dit Ver..., mes mains s'occupent, ce n'est pas moi qui m'occupe, » ces malades parlent certainement d'automatisme beaucoup plus que les médiums eux-mêmes.

Mais la vérification expérimentale ne correspond pas du tout à cette apparence, j'ai essayé sur un grand nombre de ces sujets psychasthéniques de reproduire les expériences classiques qui consistent à deviner le nombre qu'ils pensent par le mouvement de leurs doigts, les expériences du pendule enregistreur, de l'écriture automatique au moyen de la tablette, etc. : dans la grande

majorité des cas, les résultats sont absolument nuls. Exceptionnellement j'obtiens quelques gestes suggérés à l'état de veille chez Lise, mais elle n'oublie pas sa main, elle la sent remuer et écrire, elle peut toujours l'arrêter quand elle veut et il y a beaucoup de complaisance dans son obéissance. Claire dit toujours qu'elle agit sans s'en rendre compte ; mais certainement cela ne lui arrive pas quand je veux le vérifier. Elle obéit un peu aux suggestions de mouvements ; elle présente à ce moment quelques mouvements en apparence involontaires du doigt, mais comme Lise elle peut toujours se surveiller, se reprendre, les arrêter si elle le désire : jamais il ne s'agit de mouvements véritablement subconscients. D'ailleurs cette question doit être généralisée en cherchant ce que deviennent chez ces malades les phénomènes d'hypnotisme, et de suggestion.

3. — *Le sommeil hypnotique.*

J'ai eu l'occasion d'étudier cette question de l'hypnotisme chez les obsédés avec quelque soin, car la plupart des malades réclamaient précisément la suggestion hypnotique comme le remède de leurs idées fixes et ils s'y prêtaient de la meilleure foi du monde avec le plus vif désir de se laisser endormir ; sur quelques-uns d'entre eux j'ai pu prolonger les essais pendant trois et même cinq ans pour ainsi dire sans interruption.

Arrivent-ils au sommeil hypnotique ? Ici il faut faire attention à préciser les termes, les scrupuleux sont des individus chez lesquels tout consiste en nuances et en mesures. Si l'on cherche un sommeil hypnotique véritable et complet, un somnambulisme typique, il faut obtenir deux choses : 1° pendant l'état de sommeil un développement intellectuel suffisant pour que le sujet puisse parler ou du moins comprendre la parole et agir en conformité avec la suggestion sans se réveiller ; 2° un oubli complet au réveil.

Ces caractères on ne les obtient jamais chez les scrupuleux. L'une des hypnoses les plus complètes est celle de Lise. Les séances ont été répétées cinq ans tous les huit jours, nous verrons plus tard pour quelle raison. Aujourd'hui encore elle n'est pas parvenue au second phénomène caractéristique l'oubli du somnambulisme. Cet oubli existe un peu, les souvenirs sont confus, mais à la condition qu'elle ne fasse aucun effort pour les recher-

cher. Si elle les recherche, les souvenirs se précisent et réapparaissent fort bien. Et encore cet oubli léger dont elle se contente n'a commencé à apparaitre qu'à la 53e séance.

Quant à cette hypnose elle-même, elle consiste simplement en un engourdissement dans lequel le sujet a de la peine à remuer, à ouvrir les yeux. Cet état ressemble à ce que Lise éprouve spontanément quand elle retombe dans une idée fixe, dans une rumination en pensant au démon. Mais ce qui est caractéristique, c'est qu'elle peut triompher de cet engourdissement ; si elle y tient, elle peut faire un effort volontaire et arriver à ouvrir les yeux ; elle peut aussi par un effort remuer et parler. Mais alors ces mouvements, et la parole surtout, la reveillent, si bien qu'elle se plaint d'être troublée, si je veux la faire parler pendant qu'elle dort. Ajoutez que l'esprit reste lucide, qu'elle ne perd jamais conscience et continue à se surveiller pendant l'hypnose.

Dans ce cas cependant il y a quelques phénomènes d'hypnose intéressants obtenus par une prolongation extraordinaire des essais : il y a un engourdissement notable, non seulement des mouvements mais, ce qui est plus curieux, des idées. La malade a de la peine à retrouver ses idées fixes et à les décrire, il y a des choses qu'elle ne peut pas arriver à exprimer dans cet état et qu'elle exprime bien étant réveillée, elle conserve même quelques heures après la séance un certain engourdissement et une légère envie de dormir. Enfin cet état est devenu chez elle assez habituel pour se reproduire sur un signe, par exemple quand je lui mets la main sur le front.

Chez les autres malades je n'obtiens même pas ce résultat incomplet. Lod... a à peine les paupières un peu tremblantes, rien de plus, aucun engourdissement ni des mouvements, ni des idées, bien entendu aucun trouble de la mémoire. Chez We... petit début d'engourdissement après une vingtaine de séances, aucun oubli après la séance. Chez On..., chez Tr..., rien de plus. Mb... s'endort un peu plus, mais ne présente pas d'oubli. Kl... arrive à une somnolence très incomplète avec persistance des souvenirs.

Chez Claire, les essais sont difficiles, elle est si longue à faire aucun acte, qu'elle est interminable avant d'accepter qu'on essaye de l'endormir ; elle voudrait me parler auparavant, dire ce qui lui charge la conscience en commençant par le commencement. Ce récit, à supposer qu'elle puisse le faire, serait interminable, puis elle a des craintes sur ce qu'elle dira pendant le sommeil, des

scrupules sur l'hypnose qui retardent les essais. Enfin à force de patience je suis parvenu à essayer sérieusement au moins 30 fois, ce qui serait largement suffisant pour hypnotiser complètement une personne un peu prédisposée. Les résultats sont insignifiants : tête lourde, quelques tremblements des paupières, un peu de résolution des membres, le tout cesse dès qu'elle veut se secouer, même sans mon ordre.

Cet insuccès vraiment considérable dans l'hypnotisme des scrupuleux tient-il uniquement à la façon dont j'ai dirigé les essais ? Je ne puis pas le croire, quand je mets en face de ces malades le nombre aujourd'hui très considérable d'hystériques que j'ai pu amener à tous les degrés possibles du somnambulisme. Il y aurait donc là un premier fait, c'est que le même auteur, en procédant de la même manière, détermine l'hypnotisme comme il le veut chez les hystériques en quelques séances, très souvent en une seule, et qu'il ne parvient à rien chez les scrupuleux même en plus de cent séances comme dans le cas exceptionnel de Lise. Mais il y a plus à dire, le hasard a fait que beaucoup de mes malades soit avant, soit après avoir été étudiés par moi, ont passé entre les mains de plusieurs de mes confrères qui ont fait les mêmes tentatives. Quelques-uns ont essayé de se faire illusion en appelant hypnotisme n'importe quel engourdissement, mais toutes les fois que j'ai pu avoir des renseignements précis, j'ai constaté qu'aucun d'eux n'avait rien obtenu de plus que moi.

Pour ne citer qu'un exemple, Jean a été longtemps soigné par M. Dumontpallier qui avec une grande confiance a fait tous ses efforts pour l'hypnotiser ; après des essais très nombreux M. Dumontpallier a été obligé de dire au malade « qu'il avait l'esprit trop vagabond pour arriver au sommeil provoqué ». J'ai remarqué aussi que les auteurs qui ont une grande pratique de l'hypnotisme, comme M. Bernheim, se montrent adroits et devinent rien qu'à l'allure et au récit de ces malades qu'ils ne sont pas hypnotisables. Dans quatre de mes observations M. Bernheim a habilement refusé de tenter un traitement par l'hypnotisme : je ne dis pas qu'il ait eu raison au point de vue thérapeutique, ces essais d'hypnotisation peuvent avoir, comme nous le verrons plus tard, des résultats utiles ; mais au point de vue scientifique je trouve qu'il a eu complètement raison en considérant ces malades comme rebelles au sommeil hypnotique.

Mes recherches sur ce point, je suis heureux de le constater,

sont tout à fait d'accord avec les conclusions auxquelles MM. Pitres et Régis sont parvenus. « D'une façon générale les obsédés présentent cette particularité curieuse que, très sensibles à l'action de la suggestion ordinaire, au réconfort moral du médecin, ils sont rebelles à la suggestion hypnotique qui n'a pas souvent prise sur eux. Ils ressemblent encore en cela aux neurasthéniques qui se trouvent momentanément soulagés et même guéris de leurs maux par une simple visite du médecin et qui ne sont pas d'habitude hypnotisables[1]. »

Il est vrai que quelques auteurs, en très petit nombre, ont publié des observations de sommeil hynoptique déterminé chez des agoraphobes ou des obsédés. M. Bérillon en a signalé[2] plusieurs, M. Auguste Voisin surtout en a décrit un très grand nombre au congrès de Psychologie tenu à Munich en 1896[3] : « Phobies et manies multiples, habitudes de religiosité, amélioration par la suggestion hypnotique. — Manies et phobies multiples, craintes de manquer à des promesses, sommeil absolu à la 2e séance, guérison à la 4e séance. — Agoraphobie, claustrophobie, peur des chemins de fer et des voitures, sommeil hypnotique en une séance, guérison en 3 séances, etc... » J'avoue que je suis resté très étonné en entendant ces communications.

Ces opinions opposées ne me paraissent pouvoir s'expliquer que de deux façons. Ou bien les auteurs, uniquement préoccupés du point de vue thérapeutique, ne se sont pas inquiétés de préciser le diagnostic de l'état qu'ils ont appelé sommeil hypnotique, ou bien, ils ne se sont préoccupés que du contenu de l'obsession et non du diagnostic de la névrose sous-jacente et ils ont eu affaire à des idées fixes chez des hystériques. Je reste disposé à croire que l'un des grands caractères des psychasthéniques c'est de ne pas pouvoir présenter l'état de somnambulisme naturel ou provoqué qui, au contraire, caractérise les hystériques.

4. — *La suggestion.*

Pendant ces états hypnotiques tout à fait insuffisants et mal

1. Pitres et Régis, *op. cit.*, p. 100.
2. Bérillon, *Société de médecine et de chirurgie pratiques*, 8 juin 1903.
3. A. Voisin, *Dritter internationaler Congress für Psychologie in München*, 1897, p. 380, et *Emploi de la suggestion hypnotique dans certaines formes d'aliénation mentale*, 1897.

déterminés j'ai cependant essayé de pousser le plus loin possible les expériences de suggestion.

C'est encore chez Lise que j'ai obtenu les résultats les plus intéressants. J'ai essayé de déterminer les phénomènes de suggestion les plus simples, les attitudes et les mouvements par suggestion et je lui ai suggéré que son poing se fermait bien fort et qu'elle ne pouvait plus l'ouvrir. A la 13e séance seulement cette suggestion a eu un résultat qui semblait assez net, le poing se fermait et paraissait contracturé. Depuis ce moment les suggestions de mouvement ont semblé avoir quelques succès. On peut actuellement déterminer quelques mouvements du bras, de la jambe qui se lèvent en l'air ou suivent ma main comme s'ils étaient attirés par elle. Depuis la 28e séance quelques suggestions peuvent même s'exécuter après le sommeil. La malade prend un papier et le déchire comme je l'avais commandé pendant le sommeil ; elle prétend ne pas faire d'effort volontaire pour accomplir cette acte ; il semble même que les actes suggérés s'accomplissent mieux si Lise n'y fait pas attention.

Malgré ces résultats en apparence positifs il y a deux remarques à faire sur ces actes : 1° Il n'y a jamais eu oubli de la suggestion après leur exécution. 2° L'impulsion n'a jamais été assez forte pour vaincre la volonté de la malade, les mouvements s'accomplissent bien d'une façon en apparence automatique sans efforts volontaires, mais à la condition que Lise le permette, les laisse faire en pensant à autre chose : dès qu'elle veut s'y opposer elle les supprime toujours d'une façon définitive. Ces remarques sont particulièrement nettes à propos des contractures. Celles-ci à un moment semblaient très développées chez Lise et envahissaient tous les membres : on pouvait pendant le sommeil la raidir entièrement. Mais il fallait toujours que la malade s'y prêtât, si elle s'avisait de chercher à détruire ces contractures ou si je lui demandais de chercher à les défaire, elle reprenait presque immédiatement la libre disposition de ses mouvements quelquefois après une sorte de lutte.

Il faut aussi remarquer que jamais les suggestions n'ont pu être développées au delà de cette forme tout élémentaire, jamais je n'ai pu obtenir par suggestion des actes plus complexes, jamais surtout je n'ai pu faire naître de rêves, ni d'hallucinations. Lise pense bien à une rose quand je lui dis d'y penser, il y a pendant quelque temps une certaine fixité de l'idée et d'une image un peu

rudimentaire. Dans les circonstances les plus favorables elle croit y rêver, mais il n'y a pas d'illusion et jamais elle ne voit le rose en dehors d'elle-même. Il est également impossible, même à la 56e séance, de déterminer de l'anesthésie véritable : elle prétend sentir un peu moins la piqûre, mais elle la sent tout de même et ne laisse pas enfoncer l'épingle plus profondément.

Les mêmes résultats de la suggestion se retrouvent chez quelques autres sujets avec cette différence que les phénomènes de suggestion sont chez eux en général beaucoup moins accentués, quelques mouvements automatiques suggérés chez Ger..., chez We..., chez Claire et c'est tout. Les autres malades obsédés, tiqueurs, phobiques, quand ils sont bien des psychasthéniques et non des hystériques ne sont suggestibles en aucune manière.

Il était intéressant de mettre en évidence par des expériences nombreuses suffisamment prolongées le peu d'importance des mouvements subconscients, du sommeil hypnotique, des suggestions chez les psychasthéniques. Ce caractère quoique simplement négatif me semble avoir une certaine importance dans l'interprétation de leur état mental.

2. — *Les troubles de la volonté.*

Si l'on ne constate pas chez les scrupuleux les troubles précis et assez spéciaux qui caractérisent les hystériques, il ne faut pas en conclure que tous leurs sentiments d'incomplétude soient erronés et qu'ils n'aient pas des troubles fondamentaux antérieurs à leurs propres sentiments et surtout à leurs idées fixes. Ces troubles se trouvent surtout dans l'activité volontaire qui est profondément troublée chez ces malades bien avant que l'on constate leur maladie et dans beaucoup de cas, si je ne me trompe, depuis l'enfance. La description détaillée de ces troubles de la volonté serait interminables, je l'ai déjà faite si souvent dans mes autres travaux que je crois pouvoir me borner ici à une énumération rapide des principaux symptômes par ordre de gravité croissante.

1. — *L'indolence.*

Presque toutes ces personnes présentent quelquefois depuis

leur première enfance un caractère bien reconnaissable : ce sont des mous, des indolents, des paresseux. Avec des termes variables, les familles et les malades eux-mêmes décrivent toujours ce même caractère « quelle enfant molle, disait-on de Tr..., on dirait qu'il faut la battre aussi bien pour la faire jouer que pour la faire travailler. » Claire a toujours été, sans doute, une bonne enfant, elle prétend qu'elle était plus active autrefois et que maintenant les actes sont supprimés par les idées maladives; mais ce n'est pas tout à fait exact, elle a toujours été paresseuse, elle a toujours eu le dégoût du travail « elle se souvient qu'étant jeune elle avait déjà besoin de s'exciter au travail par des menaces ou des promesses qu'elle se faisait à elle-même ». Notons que c'est une jeune fille qui n'a jamais eu la manie du serment et que cependant le travail ne se faisait chez elle que par des excitations du même genre.

Sera-t-on étonné d'apprendre que Jean a toujours été « endormi, apathique, indolent, sans énergie ». Quoique doué d'une intelligence plutôt supérieure à la moyenne il n'est jamais arrivé à rien, même dans son collège. Cette paresse est donc fondamentale, bien antérieure aux manies et aux obsessions, on la retrouve chez tous les malades, sinon pendant toute la vie comme chez les précédents, au moins pendant toutes les périodes maladives.

2. — *L'irrésolution.*

Cette mollesse générale peut se décomposer en un certain nombre de troubles particuliers de l'action, le plus frappant est antérieur à l'acte même, c'est une indécision perpétuelle qui existe à mon avis en fait, bien avant que le malade n'en ait le sentiment et qu'il n'en parle, bien avant qu'il n'ait des crises de doute et de délibération. Tous les auteurs qui ont parlé des obsédés et des douteurs ont bien décrit cette indécision[1]. Que d'exemples on pourrait citer de cette irrésolution, choisis, je le répète, tout à fait en dehors des crises d'excitation pathologique. Tod..., tout enfant, passait des heures interminables à ranger son tiroir parce qu'elle « ne pouvait jamais décider si un objet devait être à droite ou à gauche. » Bsn..., une femme qui a actuellement 51 ans, raconte en riant des incidents de sa

1. Cf. Raymond et Arnaud, *Ann. méd. psych.*, 1892, II, 199.

jeunesse : « elle a été très malheureuse quand on a voulu la forcer à ranger sa chambre elle-même, car elle hésitait indéfiniment sur la place d'un bibelot. » Qei... a toujours été malheureuse quand il fallait choisir une robe, un chapeau ou une distraction. Min... ne sait jamais ce qu'il veut faire, il lui faut des jours et des jours pour savoir s'il veut profiter d'une journée de vacance et faire une promenade : « ce que j'ai toujours aimé le mieux, dit-il, c'est qu'un camarade décidât pour moi, son opinion me donnait une sorte de coup de fouet. » Aussi ne sortait-il jamais seul et même à 20 ans, il ne quittait pas les jupons de sa mère. Bien entendu ces hésitations vont devenir curieuses quand les résolutions à prendre sont plus graves ; il est intéressant de voir que ces personnes hésitent entre des actions tout à fait opposées, tellement distantes qu'au premier abord la comparaison même semble impossible. Toutes ces femmes par exemple, comme Fya..., hésitent, pour se marier, entre plusieurs jeunes gens, mais Renée fait mieux, elle passe des années à hésiter entre la vie religieuse et la vie d'actrice dans un petit théâtre. Cette dernière existence d'ailleurs elle se la représente très bien comme une vie de désordre. Mais, comme elle le dit dans son naïf langage, elle est restée des années à se demander si « elle voulait faire la noce ou être une sainte ». Si la décision semble être prise, elle change et disparaît pour le plus léger obstacle : ces personnes aiment les prétextes et renoncent à ce qu'elles avaient décidé pour un nuage, un rayon de soleil ou une migraine plus ou moins réelle.

Ce caractère est au plus haut degré chez deux de mes malades principales. Claire, depuis son enfance, et à plus forte raison au cours de sa maladie, ne se décide à rien d'une manière ferme, elle change sans cesse d'occupation, laisse une chose, la reprend, la laisse de nouveau : elle a voulu être religieuse, puis elle y a renoncé, l'idée revient de temps en temps puis disparaît ; elle ne sait pas si elle veut ou ne veut pas se marier. Elle oscille pour tout, et cela en dehors, je le répète, de tout délire ; en voici un exemple entre mille : elle a écrit une lettre pour me la remettre, il lui a fallu un grand effort pour l'écrire. Elle vient chez moi et cache sa lettre ne voulant plus que je la voie ; puis un quart d'heure après elle me dit qu'elle l'a écrite et me la montre, puis elle la remet dans sa poche, puis elle me la donne et la voici qui se jette sur moi pour me la retirer des mains ; même scène parce qu'elle veut et ne veut pas qu'on essaye de l'hypnotiser, etc.

Lise a toujours vécu de même, elle a eu des hésitations pour la vie religieuse, pour le mariage, pour presque toutes les actions. Aujourd'hui, quand elle sort dans la rue, elle ne sait plus de quel côté elle veut aller et il lui arrive de rentrer au bout de quelques pas plutôt que de choisir entre les divers courses qu'elle pourrait avoir à faire.

3. — *La lenteur des actes.*

Même si l'action est décidée, elle se fait très lentement et cela avant qu'il n'y ait des manies ou des ruminations pour l'arrêter. La lenteur de ces personnes pour se lever du lit est classique : il leur faut des heures pour savoir si elles sont réveillées ou non. Leur lenteur à faire leur toilette, à prendre leurs repas, à écrire une lettre, à faire en général une action quelconque est observée tout à fait dans la première jeunesse. Claire devenait exigeante sur ce point, elle voulait qu'on lui laissât des heures pour écrire un petit mot, pour se préparer à sortir, pour se mettre à table. Comme nous l'avons remarqué autrefois chez les hystériques, comme MM. Raymond et Arnaud l'ont décrit chez un aboulique, ces malades fractionnent l'acte, ils emploient une première journée à chercher du papier à lettre, une seconde à prendre une enveloppe et peut-être qu'en huit jours ils arriveront à écrire une lettre.

4. — *Les retards.*

Cette conduite amène une conséquence inévitable, c'est qu'ils n'arrivent jamais à rien en même temps que les autres personnes, au moment où il le faudrait. Lorsqu'ils sont intelligents ils gémissent comme Ka... sur ce trait de caractère qui leur a nui dans toute leur carrière, ils ne sont jamais prêts à temps pour saisir une occasion quelconque, « je laisse toujours passer le moment et je n'arrive à rien ». Ils remettent toujours l'effort au dernier moment possible : Claire ne me parlera un peu qu'à la fin de sa visite quand décidément je ne puis pas la garder plus longtemps; elle ne fera quelques efforts pour se guérir qu'à la fin de son séjour à Paris, quand elle voit qu'il faut rentrer chez elle.

Un caractère curieux qui en résulte, c'est l'absence totale de la notion de l'heure. Il n'y a rien de plus terrible que d'avoir des rendez-vous avec des scrupuleux : un retard d'une heure ou deux,

quand ils n'ont pas d'idée fixe sur ce point, leur paraît si peu de chose et si insignifiant qu'ils croient en arrivant mériter des compliments. On m'a fait remarquer que ce caractère de n'être jamais à l'heure, qui est si net chez Xyb... (209), Vk..., etc., en un véritable caractère de famille, que l'on retrouve chez les parents, les frères et les sœurs des malades.

5. — *La faiblesse des efforts.*

Il est bien évident que ces malades auront une grande faiblesse morale, nous avons vu qu'ils abandonnent l'action pour le moindre prétexte. Il me semble qu'ils ont encore une certaine faiblesse physique au moins dans l'effort instantané : j'ai fait beaucoup de mesures dynamométriques, espérant, comme je l'ai dit, trouver la preuve d'une certaine paralysie pendant les états d'angoisse. Comme on l'a vu dans le chapitre précédent, les expériences sur ce point n'ont rien de décisif : mais elles me laissent une autre impression. Je suis étonné de la faiblesse des chiffres que l'on trouve comme moyenne, ainsi Bu..., homme vigoureux de 42 ans, a comme moyenne de 10 expériences avec la main droite, 31. Jean, garçon bien musclé de 32 ans, a comme moyenne de la main droite 28,5 et de la main gauche 23. Qes..., une forte jeune femme de 25 ans, moyenne de la main droite, 22,3, de la main gauche 20,7. Claire, moyenne de la main droite 25,5, de la main gauche 16,9. Lise, moyenne de 10 pressions, dans une première expérience de la main droite 25,4, de la main gauche, 23,9 dans une seconde expérience moyenne de la main droite 23,4, de la main gauche 21,7. Ces chiffres évidemment ne signifient pas une paralysie, mais ils sont faibles et indiquent très peu d'efforts.

Les malades cependant se figurent qu'ils font sans cesse des efforts physiques et moraux énormes. Lise a pour le moindre travail un sentiment d'effort, de raidissements des membres comme si elle accomplissait des œuvres extraordinaires, il en est de même pour Claire.

6. — *La fatigue.*

Dès qu'ils ont fait le moindre effort physique ou moral les psychasthéniques sont épuisés et ressentent un horrible sentiment de fatigue. « C'est un manteau de fatigue qui tombe sur moi »,

dit Lf..., femme de 46 ans et ce sentiment s'accompagne de douleurs aux articulations et dans les muscles, de dérobement des jambes, de laisser aller de tout le corps. Jean se laisse souvent tomber étendu sur un lit et ne peut plus bouger.

Moralement on observe aussi qu'ils ne peuvent plus suivre une idée, que leur attention ne se fixe plus du tout. Wo... fait un effort pour une addition : « J'ai un sentiment de courbature horrible, j'ai dépensé un gros effort qui a épuisé mon attention, mon esprit ne se fixe plus, tout papillote devant moi. » Jean s'épuise pour une lecture de quelques lignes ; très vite il ne comprend plus rien et ne voit même plus rien. Il faut tenir grand compte de cette fatigue rapide dans le traitement.

Cette fatigue rapide se produit, en effet, dans les sensations comme dans les perceptiens, dans l'intelligence et dans les mouvements. Si on répète quelque temps un contact ou une piqûre au même point du corps, l'impression cesse très vite d'être sentie ou bien il faut appuyer beaucoup plus fort pour produire de nouveau une sensation consciente. Si on fait écouter à ces malades le bruit de la montre, il faut après peu d'instants rapprocher la montre de l'oreille, car ils cessent vite de l'entendre à la même distance qu'au début. On observe le même fait si on expérimente avec un diapason, à la deuxième ou à la troisième expérience, ils n'entendent plus la vibration aussi longtemps qu'à la première.

On peut, je crois, rattacher au même phénomène de la fatigue rapide une expérience curieuse que j'ai présentée en 1904 à la Société de psychologie[1]. Un appareil que j'avais fait construire me permettait de faire tourner un disque de carton portant des secteurs colorés avec toutes les vitesses depuis un tour jusqu'à 10 000 tours par minute. Un compteur particulier me permettait de savoir à chaque instant la vitesse de rotation. Je voulais chercher si la perception des diverses apparences du disque en rotation et surtout si la fusion des couleurs se produirait de la même manière et avec la même vitesse de rotation chez les individus normaux et chez les malades. Chez quelques-uns des malades psychasthéniques que nous connaissons j'ai constaté ce fait assez curieux : c'est que la fusion des couleurs se fait beaucoup plus tôt et avec des vitesses beaucoup moindres que chez les individus normaux. Cela semble montrer chez les psychasthéniques

1. *Bulletin de l'Institut psychologique*, 1904, p. 540.

les phénomènes visuels élémentaires ne peuvent être aussi nombreux dans l'unité de temps et qu'ils arrivent plus vite à la confusion et à la fusion. Il y a là aussi, si je ne me trompe, une sorte de fatigue rapide qui empêche la distinction des phénomènes sensoriels quand ils deviennent rapides.

7. — *Le désordre des actes.*

Ce caractère semblera curieux chez ces personnes qui ont la manie de la précision et de l'ordre, il est cependant incontestable. On sait qu'il n'y a pas de chambre plus sale que celle d'une

Fig. 14.

femme qui a la manie de la propreté : U..., qui a la phobie des microbes, était arrivée à faire de sa chambre un véritable fumier. De même il n'y a rien de plus désordonné que la chambre et la table d'une personne atteinte de la manie de l'ordre : ces personnes rangent avec une précaution minutieuse deux ou trois objets et n'arrivent pas à mettre de l'ordre dans le reste. Ce caractère du désordre dans les actes se manifeste quelquefois

dans l'écriture : ce fragment d'une lettre d'un de ces malades qu'il m'a autorisé à reproduire (fig. 14) est tout à fait caractéristique. Son écriture est aussi embrouillée que le sont ses pensées et il est aussi incapable de la rendre claire que de mettre un peu de suite dans sa conduite. On peut remarquer aussi à ce sujet que son écriture devient de plus en plus désordonnée et illisible quand on avance vers la fin de ses lettres à cause de la fatigue rapide.

Il faut rapprocher de ce désordre une maladresse des mouvements qui me paraît très intéressante. Beaucoup de ces malades ne peuvent toucher aucun objet sans le casser, ils ne peuvent apprendre aucun travail à cause de leur inhabileté manuelle. J'ai voulu faire faire à Jean quelques petits travaux, lui apprendre à coudre des livres, à coller des papiers : on ne se figure pas comme il déchire et salit sans aboutir à rien. Chez d'autres ce caractère n'est pas constant, et n'existe que dans les périodes de maladie. Simone, qui veut coller une construction en carton, se désole d'être devenue si sale et si maladroite, tandis que plus jeune elle faisait ce petit travail avec une précision merveilleuse.

8. — *L'inachèvement.*

Dans le même ordre d'idées quand on considère les caractères qui manifestent un léger trouble de la volonté antérieure aux manies et aux obsessions, il faut insister sur un détail souvent observé par la famille elle-même. Ces personnes commencent quelquefois des actions mais ne les achèvent jamais : chez Ka..., ce caractère existe à son insu d'une façon tout à fait curieuse. Il n'a pas la moindre idée fixe sur ce point, il ne sait même pas que sa femme a constamment observé ce trait de sa conduite : qu'il soit assis à un travail ou qu'il commence à ratisser une allée de son jardin pour se distraire, il n'achève jamais ce qu'il a commencé, il en est dégoûté un peu avant la fin. Il fait de même en mangeant et n'achève jamais ce qu'il a mis dans son assiette, il y a là une instabilité toute particulière qui lui fait prendre en dégoût les choses quand elles approchent de leur fin.

Ce caractère se retrouve chez tous les autres malades et contribue à leur instabilité caractéristique. Cet inachèvement des actes correspond au doute et à l'oscillation des idées, comme l'a remarqué autrefois Debs dans son « tableau de l'activité volon-

taire » si remarquable pour l'époque[1] : « les vélléités sont dans le pouvoir volontaire ce que dans l'intelligence sont les conjectures, jugements douteux auxquels l'esprit n'attache qu'un commencement d'adhésion et qu'il abandonne sans effort un instant après. De même qu'il y a tous les degrés de la croyance, il y a entre la vélléité et la résolution parfaite qui s'achève un nombre infini de volitions différemment énergiques. »

9. — *L'absence de résistance.*

On donne souvent comme preuve de la force de volonté conservée par les obsédés leur résistance à l'impulsion. « Il n'est pas absolument vrai de dire comme on le croit généralement que la volonté chez les obsédés soit très amoindrie. Beaucoup sont susceptibles de donner des preuves d'une énergie peu commune et c'est très réellement qu'ils combattent leur idée fixe...[2] » Je ne suis pas certain que cette prétendue résistance à l'impulsion soit une preuve d'énergie peu commune. Ils ont des manies de se dire, de se croire, de se montrer en proie à des tentations et ils ont des manies de lutter désespérément contre une impulsion qu'ils inventent. Ce qui serait une preuve d'énergie, ce serait de cesser ce combat grotesque et de penser à autre chose et c'est ce qu'ils ne peuvent pas faire.

Comme nous l'avons souvent remarqué la faiblesse n'existe pas seulement dans la volonté active, mais aussi dans la volonté qui se borne à résister passivement. Ces malades qui ne font rien eux-mêmes sont incapables de résister à ceux qui veulent faire quelque chose. Ils ne savent ni lutter, ni se défendre contre ceux qui les dépouillent et les tourmentent. J'ai été très frappé de ce trait de caractère dans l'enfance de tous les malades. Ils sont très malheureux dans les internats, ils deviennent les victimes, les souffre-douleurs de tous leurs camarades. Dk... (215) a toujours été tourmenté au collège. Jean surtout a eu sur ce point une jeunesse déplorable : à 12 ou 13 ans il était la victime de tous les élèves du lycée. Il n'était pas de farce qu'on n'essayât de lui faire, on lui faisait supporter la conséquence de toutes les fautes de ses

1. A. Debs, *Tableau de l'activité volontaire pour servir à la science de l'éducation*, 1844, p. 25.
2. Pitres et Régis, *op. cit.*, p. 36.

camarades et on tournait constamment en ridicule ses qualités mêmes, son honnêteté et sa bonté : « Je savais bien, dit-il, que j'aurais dû me défendre, je savais bien que j'étais même plus fort que beaucoup de ceux qui me tourmentaient le plus, mais je ne pouvais supporter la pensée de me battre : au moment de me défendre, je devenais tremblant, paralysé, j'ai toujours été un pauvre être sans défense. » On dira certainement ici que l'émotion paralysait la volonté, nous verrons plus tard ce qu'il faut penser de cette théorie, Pour le moment constatons simplement le fait, c'est qu'ils s'émotionnent au lieu de se défendre, et qu'en fait ils ne se défendent pas.

Une des conséquences singulières de cette absence de lutte, c'est que, pour avoir la paix, ils obéissent à tout le monde. Quand on parle de ces malades, on dit toujours qu'ils se laissent conduire, qu'on leur fait faire et dire tout ce qu'on veut et qu'ils obéissent au premier venu. Bei..., [1] Claire cèdent au dernier qui leur parle et on peut les amener à se déjuger à peu de moments d'intervalle. On en tire comme conclusion que ce sont des individus très suggestibles. Cette conclusion serait en contradiction avec les expériences que je viens de relater à propos de l'hypnotisme et de la suggestion, aussi je ne la crois pas vraie. Leur obéissance n'est pas du tout de la suggestion, comme celle des hystériques.

Une hystérique suggestionnée adopte l'acte, se laisse envahir par la pensée qui est semée en elle, et la pousse à l'extrême, elle croit avoir décidé elle-même l'action et, pour peu qu'on insiste, elle invente même les motifs de sa résolution, en un mot elle se croit libre et se donne tout entière à l'acte. Le scrupuleux ne fait qu'obéir, il le fait à contre-cœur, en se sentant humilié, en raisonnant fort bien et en trouvant stupide l'acte qu'il n'adopte pas, il ne pousse pas cet acte à l'extrême, il n'en fait que le moins possible sans y mettre de croyance, d'enthousiasme, ni de sentiment de liberté. Pourquoi le fait-il alors ? Pour deux raisons, d'abord parce qu'il faudrait lutter pour résister à ceux qui commandent et ensuite parce qu'il faudrait prendre la résolution de faire autre chose : deux choses qu'il ne peut pas faire. C'est pourquoi son obéissance n'est pas du tout la même que celle de l'individu suggestionné.

1. *Névroses et Idées fixes*, II, p. 63.

10. — *Le misonéisme.*

Les caractères précédents étaient en somme assez légers, nous arrivons à des caractères de plus en plus graves qui se présentent quand la maladie avance et qui d'ordinaire accompagnent alors des manies et des obsessions, quoique à mon avis ils n'en dépendent pas.

Jusqu'à présent les actes étaient mal faits, avec hésitation, lenteur, faiblesse, mais ils finissaient par être faits tout de même. Voici maintenant certains actes qui se suppriment, c'est-à-dire certaines actions que le sujet ne parvient pas à faire et cela au début, sans savoir pourquoi. Nous voyons d'abord disparaître des actions nouvelles, toutes celles qui demandent une adaptation à des circonstances nouvelles. J'ai tant insisté autrefois sur ce fait caractéristique de l'aboulie qu'il suffit de le rappeler. « Tout ce qui est nouveau me fait peur », dit Nadia en ne se rendant pas compte qu'elle donne la définition du misonéisme. Tous ces scrupuleux sont des individus routiniers qui recommenceront indéfiniment avec ennui et tristesse la même existence monotone et qui sont incapables d'aucun effort pour la changer.

Au caractère précédent il faut naturellement rattacher l'impossibilité d'interrompre les habitudes une fois acquises ; ces personnes ont une peine énorme à s'accoutumer à une situation nouvelle, c'est parmi eux que l'on observe ces individus curieux qui « ne peuvent pas s'habituer à leur femme » quand ils se marient (Ka...) et qui une fois habitués après un grand nombre d'années ne peuvent plus s'en passer. C'est parmi eux que l'on trouve toutes les « manies » dans le sens vulgaire du mot avant qu'il n'y eût de véritables manies mentales : se coucher de la même manière, avoir la même place à table, la même plume et le même papier buvard, etc. « Ce qui change mes habitudes me bouleverse toujours, dit Lise. » Nous verrons, en étudiant l'évolution de la maladie, comment les grands changements, changement d'appartement comme changement de situation et surtout le grand changement du mariage provoquent les graves rechutes.

11. — *Les aboulies sociales, la timidité.*

Après les actes nouveaux il y a une catégorie d'actes qui sont

très fréquemment supprimés, ce sont les actes sociaux, ceux qui doivent être accomplis devant quelques personnes ou qui dans leur conception impliquent la représentation de quelques-uns de nos semblables.

Cette impuissance à agir devant les hommes, cette aboulie sociale me paraît constituer l'essentiel de la timidité. Bien des auteurs ont déjà insisté sur ces troubles de la volonté et de l'action dans la timidité ; « La timidité, dit M. Dugas, trouble les mouvements volontaires, paralyse la volonté. Elle atteint plus souvent les mouvements ordonnés en respectant les mouvements instinctifs et ressemble à l'aboulie...[1] » « Cette aboulie atténuée qu'on nomme la timidité, disait aussi M. Lapie[2]». M. Hartenberg, dans son étude intéressante sur les timides, insiste surtout sur l'aspect émotif que prend le phénomène de la timidité, mais il note bien cependant cette suppression des actes qu'il appelle une abstention. « Éviter les occasions de se montrer, voilà le soin du timide ; comme ces occasions consistent en contacts sociaux il en résulte une tendance à rechercher l'isolement... il y a chez lui une inhibition qui paralyse momentanément la volonté, qui retient le mot sur les lèvres, qui empêche aussi bien le timide de refuser que d'accepter, qui l'empêche même d'exprimer les sentiments de reconnaissance ou de tendresse[3]. »

Cette inhibition ou mieux cette disparition de l'acte volontaire en présence des hommes, car nous aurons à voir si c'est bien une inhibition, joue un rôle énorme chez presque tous les malades psychasthéniques. Il en est bien peu qui à un moment de leur existence et quelquefois pendant toute leur vie n'aient été rendus impuissants par la timidité.

Voici un bel exemple de cette timidité : « indépendamment des membres de ma famille, dit une malade, il a été très restreint le nombre des personnes avec qui je n'ai pas été gênée. Devant la plupart j'étais absolument paralysée, une simple addition je ne pouvais pas la faire devant quelqu'un. J'étais obligée d'être fausse pour masquer cette impuissance, de chercher des prétextes, de casser mon crayon, d'aller chercher un canif, je faisais mon addi-

1. Dugas, La Timidité, *Revue philosophique*, 1896, II, p. 562.
2. P. Lapie, *Logique de la volonté*, 1902, p. 294 (Paris, F. Alcan).
3. Hartenberg, *Les timides et la timidité*, p. 89 (Paris, F. Alcan).

tion au dehors, à la dérobée. J'avais le sentiment que si j'avouais cette impuissance ce serait fini, que je serais perdue, que je n'arriverais plus à rien ».

Ne pas pouvoir jouer du piano devant des témoins, ne plus pouvoir travailler si on vous regarde, ne plus pouvoir même marcher dans un salon et surtout ne plus pouvoir parler devant quelqu'un, avoir la voix rauque, aiguë ou rester aphone, ne plus trouver une seule pensée à exprimer quand on savait si bien auparavant ce qu'il fallait dire, c'est le sort commun de toutes ces personnes, c'est l'histoire banale qu'ils racontent tous. « Quand je veux jouer un morceau de piano devant quelqu'un, dit Nadia, et même devant vous que je connais beaucoup, il me semble que l'action est difficile, qu'il y a des gênes à l'action et, si je veux surmonter, c'est un effort extraordinaire, j'ai chaud à la tête, je me sens perdue et je voudrais que la terre s'ouvre pour m'engloutir. » Cat..., un homme de 30 ans, se sauve dès qu'il entend quelqu'un entrer, il a de la peine à faire sa classe devant ses élèves « je ne ferais réellement bien ma classe que si je la faisais tout seul sans élèves et surtout sans directeur ». « Je voudrais vous parler, disent Dob... ou Claire, et je ne peux pas, cela s'arrête dans ma gorge, je suis une heure pour demander quelque chose d'insignifiant. Je ne vous parle réellement bien que si je suis seule, si vous n'êtes pas là. » Lev... fait bien ses comptes dans le sous-sol du magasin, mais ne peut plus écrire un chiffre, car il est pris par la crampe des écrivains, quand il est mis au premier devant le public. Tous répètent comme Simone : « Je serais parfaite, je ferais tout, si je pouvais être tout à fait seule, comme une sauvage dans une île déserte ; la société est faite pour empêcher les gens d'agir, j'ai de la volonté pour tout, mais je n'ai cette volonté que si je suis seule. »

On admet d'ordinaire que ces troubles de la timidité sont des phénomènes émotionnels. Qu'il y ait des troubles émotionnels, des angoisses chez les timides, j'en suis convaincu ; il y a aussi chez eux de l'agitation motrice, des tics et même de la rumination mentale, dont on ne parle pas assez. Mais il ne faut pas oublier qu'il y a chez eux de l'impuissance volontaire. M. Hartenberg, qui explique tout par l'émotion, le remarque lui-même à propos d'Amiel « le manque de foi simple, l'indécision par défiance de moi, remettent presque toujours tout en question dans ce qui ne concerne que ma vie personnelle. J'ai peur de la vie objec-

tive et recule devant toute surprise, demande ou promesse qui me réalise ; j'ai la terreur de l'action et ne me sens à l'aise que dans la vie impersonnelle, désintéressée, subjective de la pensée. Pourquoi cela ? Par timidité[1] », et M. Hartenberg ajoute : « veut-il dire par là qu'au moment d'accomplir un acte, il est arrêté brusquement par une émotion poignante qui le paralyse ? Non, ce qu'il désigne par timidité, c'est la peur instinctive d'agir, c'est aussi la peur de prendre une détermination avec les conséquences utiles et fâcheuses qu'elle comporte. C'est sa maladie de la volonté en somme qu'il appelle timidité[2] ».

Pourquoi hésite-t-on à appliquer cette remarque si juste aux autres cas de timidité ? On est frappé de ce fait que les timides incapables de faire une action en public, la font dans la perfection, quand ils sont seuls. Nadia joue du piano très bien et facilement quand elle se croit seule, et Cat... ferait très bien sa classe s'il n'y avait pas d'élèves, on en conclut qu'ils ne sont pas impuissants à faire l'acte et qu'il faut faire appel à un trouble extérieur à l'acte lui-même pour expliquer sa disparition dans la société.

Il y a là un malentendu, l'acte de faire une classe imaginaire sans élèves et l'acte de faire une classe réelle devant des élèves en chair et en os ne sont pas le même acte. Le second est bien plus complexe que le premier, il renferme outre l'énoncé des mêmes idées, des perceptions, des attentions complexes à des objets mouvants et variables, des adaptations innombrables à des situations nouvelles et inattendues, qui transforment complètement l'action. Pourquoi un individu aboulique peut-il faire le premier acte et ne peut-il pas faire le second ? Je réponds simplement, parce que le second est bien plus difficile que le premier. Il en est ainsi dans tous les actes sociaux, car il n'y a rien de plus complexe pour des hommes que les relations avec les hommes. Que des émotions, des agitations motrices, des crampes des écrivains, des tics viennent s'ajouter, ou mieux se substituer à cet acte qui ne s'accomplit pas, c'est un grand phénomène secondaire dont il faudra tenir compte ; mais le fait essentiel c'est l'incapacité d'accomplir l'acte complexe et en particulier l'acte social.

C'est ce que l'on vérifie par l'examen des diverses formes de

1. Amiel, *Journal intime*, II, 192.
2. Hartenberg, *Les timides et la timidité*, p, 106.

cette timidité. La timidité fait le grand malheur de ces personnes, elles ont un sentiment qui les pousse à désirer l'affection, à se faire diriger, à confier leurs tourments et elles n'arrivent pas à pouvoir se montrer aimables, à pouvoir même parler. Nadia répète sans cesse : « je crois que je ne serais pas devenue si détraquée, si j'avais eu le courage de confier mes tourments à quelqu'un, mais malgré moi j'ai toujours été très renfermée. » Ce sont tous des « renfermés » qui sentent beaucoup, mais qui n'arrivent pas à exprimer et surtout qui n'arrivent pas à exprimer devant leurs semblables, parce que l'expression est un acte et l'expression sociale un acte complexe et que les actes complexes leur deviennent impossibles.

Il en résulte encore une contradiction, ces personnes sont poursuivies par le besoin d'aimer et d'être aimées, ils ne songent qu'à se faire des amis, d'autre part ils méritent l'affection ; extrêmement honnêtes, ayant une peur terrible de froisser quelqu'un, n'ayant aucune résistance et disposés à céder sur tous les points, ne devraient-ils pas obtenir très facilement les amitiés qu'ils recherchent ? Eh bien en réalité ils sont sans amis : ce sont des isolés qui ne rencontrent de sympathie nulle part et qui souffrent cruellement de leur isolement. Comment comprendre cette contradiction ? C'est que pour se faire des amis il faut agir, parler, et le faire à propos. Pour attirer l'attention des gens et se faire comprendre d'eux, il faut saisir le moment où ils doivent vous écouter, dire et faire à ce moment ce qui peut le mieux nous faire valoir. Or nos scrupuleux sont incapables de saisir une occasion ; comme J.-J. Rousseau, ils trouvent dans l'escalier le mot qu'il faudrait dire au salon. Ont-ils l'idée, ils ne se décident pas à l'exprimer et s'ils s'y décident comme ce pauvre Jean, ils veulent bien parler tous seuls quand il n'y a personne, mais ne peuvent plus parler dès qu'il y a quelqu'un. Pour que quelqu'un s'intéresse à eux il faut qu'il les devine, qu'il fasse tous les efforts pour les mettre à l'aise, pour leur faciliter l'expression. Alors ils s'accrocheront à lui avec passion et prendront des affections folles dont nous aurons à parler. Un tel bonheur leur arrive rarement et presque toujours ils le paient très cher. Tous ces caractères de leur timidité et de leurs relations sociales dépendent au fond de leur aboulie fondamentale ; la diminution ou la disparition des actes sociaux qui se manifestent dans la timidité est un des phénomènes essentiels de l'aboulie du psychasthénique.

12. — *Les aboulies professionnelles.*

Après les aboulies sociales, les aboulies pour les actes de la profession se présentent très souvent. Nous avons déjà étudié des phobies professionnelles, presque toujours elles ont commencé par un « dégoût énorme du métier qui semblait plus fatigant que tout autre, ridicule, honteux... » (An... 110) M. Bérillon et M. Bramwell citent un prêtre qui ne peut monter en chaire, un médecin qui ne peut faire une ordonnance[1]. Je trouve ce sentiment dans toutes les professions, chez l'ecclésiastique, le professeur, l'instituteur, le violoniste à l'orchestre, le maréchal ferrant, le maçon. C'est que le métier est encore l'ensemble des actions le plus considérable chez les hommes qui agissent peu. C'est là que l'aboulie commence à se faire sentir.

Il est intéressant de remarquer qu'une des premières aboulies qui aient été décrites, celles du notaire de Billod est une aboulie professionnelle, ce sont les actes de son étude que le malade ne peut plus signer[2]; ce n'est que plus tard que l'aboulie s'étend à d'autres actes.

13. — *L'aboulie et l'inhibition.*

Nous arrivons aux troubles les plus graves qui se présentent le plus souvent dans une circonstance bien déterminée, au début de ces crises de « phénomenes forcés » de ces ruminations, de ces agitations motrices ou de ces angoisses que nous avons étudiées dans le chapitre précédent.

D'ordinaire on ne considère ces crises qu'à un seul point de vue: au point de vue du développement anormal que prennent dans la crise des phénomènes secondaires : pensées, mouvements ou émotions. Si l'on veut bien y faire attention il y a dans ces crises un autre phénomène négatif, celui-là, mais encore plus important que le premier. C'est l'arrêt, la suppression complète de l'acte volontaire que les sujets étaient en train d'accomplir quand la crise a commencé.

On a vu en effet que très souvent ces crises commençaient à

1. Bramwell, On imperative ideas. *Brain*, 1895, p. 336.
2. Billod, *Maladies de la volonté*, p. 177.

propos d'actions. Ger... descendait chercher du bouillon, Nadia voulait me jouer un morceau de piano, Jean voulait mettre une lettre à la poste. Or non seulement ces sujets se sont mis à délirer, à avoir des mouvements incohérents et des peurs, mais encore l'acte commencé s'est arrêté et n'a pas été accompli.

On divise souvent les obsessions en deux groupes distingués par M. Régis et acceptés par M. Séglas. D'un côté on place les obsessions impulsives dans lesquelles le sujet est poussé à accomplir malgré lui des actes inutiles ou absurdes : briser tout, faire d'interminables réflexions ou se laisser aller à des émotions. De l'autre on admet les obsessions inhibitrices qui arrêtent une action, suppriment un phénomène en train de s'accomplir. Cette distinction peut être utile dans la pratique : chez quelques malades l'inhibition peut être plus remarquée et chez d'autres l'impulsion à l'acte pathologique peut être considérée comme plus pénible et mise en premier lieu. Mais ce ne sont là que des différences de point de vue. A mon avis ces crises présentent simultanément l'inhibition ou même l'arrêt et l'impulsion.

Il y a un phénomène de supprimé et un autre qui prend un développement énorme à sa place. Voici un exemple qui montrera bien, je crois, combien cette distinction entre l'obsession inhibition et l'obsession impulsion est en réalité peu de chose et dépend d'un accident dans l'appréciation des malades. Le hasard a fait que j'ai eu deux malades ayant exactement le même accident, mais qui par suite du milieu où elles sont placées le désignaient chacune d'une manière différente. Ces deux malades, Xyb... (209) et Vk..., sont toutes deux incapables de tenir leur ménage ; un acte en particulier, est devenu impossible et provoque de grandes crises de rumination, c'est l'acte qui consiste à payer les dépenses faites par la bonne : ni l'une ni l'autre ne peut se décider à régler ces comptes. Quand elles commencent à faire ce calcul, les hésitations surviennent, les doutes sur l'addition, les recherches, les craintes de voler la bonne, les angoisses, etc., et la crise de rumination ou d'angoisse dure plusieurs heures. Ce dernier fait constitue, si l'on veut, un gros phénomène impulsif, mais ce qu'il ne faut pas oublier c'est qu'il y a à côté un autre phénomène qui consiste en ce que la bonne n'a pas été payée, phénomène que l'on peut appeler une inhibition. L'une de ces malades est seule chez elle avec des enfants trop jeunes pour tenir le ménage à sa place, ce qui fait que l'on

remarque principalement le phénomène négatif. La malade et sa famille se plaignent surtout d'une impuissance, d'un empêchement que Xyb... ressent pour payer sa bonne et on fait de cette maladie une obsession inhibitrice. Vk..., au contraire, est entourée de jeunes filles assez âgées pour avoir pris complètement la direction du ménage à la place de leur mère, on se résigne donc à ce que celle-ci ne paye pas la bonne; mais ce qui paraît important, c'est qu'elle souffre de ses ruminations et l'on vient dire que Vk... a des impulsions à compter, à s'interroger, à parler toute seule. En un mot, la maladie apparaît plutôt chez l'une sous son aspect inhibitoire, chez l'autre sous son aspect impulsif, quoiqu'elle soit au fond exactement la même dans les deux cas.

Ce fait de l'arrêt plus ou moins complet de certains actes ou même de tous les actes est l'un des phénomènes les plus essentiels de l'état mental de l'obsédé. On a beau dire qu'il a conservé la conscience intacte, il y a toujours une lacune considérable, c'est qu'il est absolument incapable d'accomplir un certain acte à propos duquel il a commencé la crise. Pendant sa crise d'agitation Nadia est incapable de jouer son morceau de piano ou de sortir de sa chambre, ou de tourner son visage à la lumière, ou de manger son déjeuner, etc. L'acte supprimé varie suivant l'action que le sujet était en train d'accomplir au moment où la crise a commencé, mais il y en a toujours un de supprimé. Il en est de même pour Lise : « Dès que cette phrase est formée dans mon esprit, dit-elle, si je fais cette action, je donne mes enfants au diable, je n'y suis plus, ma volonté est arrêtée... » Jean veut commencer à uriner, quand surgit dans son esprit la pensée qu'il n'est pas loin d'une administration de pompes funèbres et qu'il a failli avoir affaire à ces tristes maisons à cause de ses masturbations, il a une grande crise de ruminations et de phobies; mais en même temps c'est fini, il ne peut plus ouvrir son pantalon et il ne peut plus uriner. Claire est ainsi arrêtée dans ses prières, dans ses repas, dans ses promenades, dans l'acte même d'aller au cabinets, etc. « Il me prend des gênes pour agir, tantôt pour une action, tantôt pour une autre. »

Il semble, comme le disait M. Sautarel, dans une thèse sur l'inhibition génitale, « que le sujet essaye vainement de transformer une idée en un acte, que sa volonté n'est plus suffisante pour actionner son système moteur; les efforts qu'il tente à cet égard n'aboutissent qu'à augmenter son trouble et son an-

goisse[1] ». C'est là un des grands troubles de la maladie : quand il se présente chez les grands malades, il s'associe avec les autres troubles la rumination et l'angoisse, et c'est un problème important de savoir s'il faut le considérer comme la conséquence de ces agitations ou s'il faut le regarder comme un trouble primitif. Pour le moment, je me contente de signaler sa fréquence et son importance parmi les troubles de la volonté que présentent ces malades.

14. — *Les fatigues insurmontables.*

Cette aboulie peut s'étendre et supprimer un nombre d'actes encore plus grand sans déterminer en même temps ces crises d'agitation. Il s'agit d'un phénomène très curieux et encore assez peu connu que présentent souvent ces malades. Ce sont des crises d'épuisement accompagnées d'un sentiment de fatigue tout à fait inouï.

En dehors du sentiment de fatigue constant, il y a chez eux de véritables crises de fatigue. Ces crises surviennent chez Fz... à la suite du coït, chez Gisèle à la suite de grand travail pour une cérémonie, chez Jean à la suite des efforts d'attention, chez la plupart des malades, Nadia, Lise, Brk... (24) à la suite des efforts qu'elles ont faits pour triompher de leurs idées obsédantes : c'est un des accidents que l'on est exposé à déterminer dans le traitement de ces maladies. Le sujet se sent tout à fait épuisé : « c'est, dit Jean, une horrible fatigue, à croire qu'on va tomber évanoui, qu'on va se coucher par terre. » « C'est une fatigue à m'en trouver mal, dit Brk..., il y a un tel poids sur mes membres et sur mes yeux et sur mon estomac que je deviens incapable de rien faire. » Le fait est que dans ces cas les malades deviennent incapables de rien faire, ils restent couchés ou se traînent sur des fauteuils pendant des heures et des jours. Nadia, Gisèle ne bougent presque plus pendant plusieurs jours et sentent leurs sens engourdis, « toutes les sensations dans du coton (Gisèle) ».

Les autres Lise, Brk..., se traînent péniblement et n'ont même plus la force de penser à leurs obsessions, elles ne pensent à rien.

1. Sautarel, *Contribution à l'étude des obsessions et en particulier à l'inhibition génitale*. Thèse de Bordeaux, 1897, p. 98.

C'est même pour Brk... une sorte de bonheur que cette absence d'idées « après tant d'agitation de l'esprit il y a un grand bien-être à ne penser à rien ». Ic... non seulement ne pense à rien mais il trouve du plaisir à ne pas faire le plus petit mouvement. « Si dans son lit une position fausse ou le contact d'un objet lui est pénible il aime mieux supporter cette gêne indéfiniment plutôt que de faire le moindre mouvement pour l'écarter. »

En général ces crises qui sont en rapport avec un effort précédent et une fatigue durent peu et le malade ne tarde pas à reprendre plus d'activité et en même temps malheureusement il retrouve son agitation physique et morale.

15. — *Les inerties.*

Enfin au dernier terme, l'aboulie s'étend encore, les malades n'attendent pas que l'acte soit rendu impossible par une inhibition, une crise ou une fatigue, ils se souviennent de la difficulté qu'ils ont éprouvée pour agir, ils l'exagèrent par l'imagination et en arrivent à ne plus rien faire du tout. On remarque bien vite que tous ces malades ne savent plus rien faire, restent des journées entières sans aucune occupation : « je n'ai plus de goût à rien..., je tiens les objets en main sans rien faire.., je ne puis plus avoir aucune occupation... » (Ce 124), Cht..., Mio... (208), Vob... (194).

Ceux qui avaient un travail finissent par le cesser, Sy... ne peut plus coudre, ni même s'occuper à lire, Ver... cesse absolument de travailler et n'accepte plus aucune occupation. Cat... qui était instituteur désire rester au lit sans rien faire ; si on ne le force pas à se lever, il reste au lit sans bouger. Ce désir de rester couché se retrouve très souvent, il caractérise Chy..., Za... (216), Xyb... (209), etc. Presque tous restent immobiles des heures entières et passent leur vie assis dans un coin.

Plus la maladie se prolonge, plus elle s'aggrave et plus on voit augmenter cette inertie caractéristique, si bien qu'à la fin les grands malades ne peuvent plus quitter leur chambre, ne peuvent plus recevoir personne et achèvent leur vie dans l'isolement et l'immobilité.

La volonté active s'est montrée troublée dès le début de la vie : on notait d'abord l'indolence, l'irrésolution, la lenteur, les retards, la faiblesse des efforts, le désordre, la maladresse, l'inachèvement,

le défaut de résistance, puis on a vu certains actes disparaître, d'abord les actes sociaux dans la timidité, les actes professionnels, des actes quelconques qui sont gênés, puis annulés et supprimés. Les sujets ont des crises d'épuisement, puis enfin une inertie générale et constante. Cet ensemble de troubles de la volonté forme un stigmate important de l'état psychasthénique et il est essentiel d'en tenir compte pour chercher les rapports qu'il présente avec les autres accidents.

3. — *Troubles de l'intelligence.*

Les troubles de l'intelligence proprement dite sont beaucoup moins évidents, beaucoup plus difficiles à constater que ceux de l'activité volontaire. C'est un point qui avait déjà frappé les premiers observateurs quand ils appelaient cette maladie une folie avec conscience, avec conservation du jugement et de la critique. Loin de paraître inintelligents les scrupuleux semblent très souvent avoir une intelligence supérieure, être capables de tout dans le domaine de l'esprit pourvu qu'on ne leur demande pas d'action. C'est ce que Amiel note déjà très bien sur lui-même : « aimer, rêver, sentir, apprendre, comprendre, je puis tout pourvu qu'on me dispense de vouloir, c'est ma pente, mon instinct, mon défaut, mon péché. J'ai une sorte d'horreur primitive pour l'ambition, pour la lutte, pour la haine, pour tout ce qui disperse l'âme en la faisant dépendre des choses et des buts extérieurs [1]. » Ce développement intellectuel n'est pas toujours de pure apparence : j'ai souvent été frappé de la supériorité intellectuelle véritable d'un grand nomble de ces malades.

En lisant les pages précédentes on a dû remarquer parmi les nombreuses paroles des sujets que j'ai citées une foule d'expressions pittoresques, de comparaisons ingénieuses, de métaphores heureusement venues. Leur conversation en est émaillée, il y en a avec qui on voudrait tout écrire et tout conserver : Gisèle en particulier a un langage extraordinaire et vraiment tout à fait séduisant. Sous ce brillant des mots, il y a beaucoup d'observations fines et justes : les scrupuleux sont très souvent de remar-

1. Amiel, *Journal intime*, I, p. 168.

quables psychologues. Gisèle fait l'analyse de l'amour aussi bien qu'au pays du tendre, Jean est célèbre pour son appréciation des caractères et des personnes, il dissèque étonnamment les motifs de conduite et il n'est bête que quand il parle de sa maladie.

On trouve chez eux toutes sortes de talents et de connaissances, ils sont souvent très artistes : Claire dessine très bien, beaucoup sont des musiciennes hors ligne comme Nadia. On trouve parmi eux des littérateurs délicats, on serait surpris de voir parmi les malades que j'ai cités quelques écrivains connus. Rk... traduit des textes grecs en vers élégants et fait ainsi toute une anthologie de poètes grecs. Les idées qu'ils arrivent à concevoir sont souvent surprenantes pour leur milieu : on a vu les réflexions de Vil... sur l'infini du bonheur et du malheur, les analyses de Mb... sur la perception. Une malade de l'hôpital absolument ignorante de toute étude de psychologie m'exprimait le résultat de ses réflexions sur les lois des associations des idées, une pauvre femme de la campagne atteinte du doute des perceptions en arrivait à découvrir avec étonnement l'homologie des membres chez les poissons, les oiseaux, les mammifères, l'homme. Le cas le plus frappant de cette supériorité intellectuelle est celui de Nadia. Cette jeune fille parle et écrit couramment cinq langues : l'anglais, le français, l'allemand, l'italien, le russe. J'ai eu l'occasion de la mettre en relation avec une jeune fille russe qui m'a assuré qu'elle parlait le russe tout à fait correctement, comme les autres langues. Elle lit énormément, et connaît à fond la littérature de ces cinq langues dont elle peut parler avec une mémoire surprenante. Elle est surtout très artiste ; non seulement elle a une virtuosité remarquable sur le piano et sur le violon, mais elle compose de la musique avec une connaissance très suffisante de l'harmonie, ce que j'ai pu faire vérifier en donnant à lire de ses morceaux à des personnes compétentes. Elle a un goût très pur dans toutes les choses d'art, et peut inventer, dessiner et exécuter toutes sortes de décorations. Ce serait certainement au point de vue du goût une femme supérieure. Des réflexions de ce genre pourraient être faites, à différents degrés bien entendu, pour la plupart de ces malades et après les avoir beaucoup fréquentés j'ai l'impression que leur groupe est supérieur à la moyenne intellectuelle des gens normaux pris au hasard.

Cependant il est évident que leur intelligence n'est pas com-

plète et qu'il doit y avoir des lacunes pour permettre le développement de tous les troubles qu'ils présentent. Il faut les rechercher en examinant les facultés qui semblent pouvoir être troublées.

1. — *Les amnésies.*

D'après ce que je viens de dire, il est évident que les troubles se rencontreront peu parmi les phénomènes intellectuels abstraits; les raisonnements, les jugements, la généralisation sont tout à fait corrects surtout quand ces opérations s'exécutent d'une manière involontaire sans que les malades aient à fixer leur attention volontairement.

La mémoire semble bien souvent être plutôt exagérée, Wo... a de la minutie dans les souvenirs, elle peut, probablement par suite d'une longue habitude de cet exercice, se remémorer toutes les sensations qu'elle a éprouvées d'un moment à un autre, tous les mots prononcés pendant une visite. Lise conserve indéfiniment le souvenir de tous les plus petits incidents de sa vie, elle se plaint de ne pas savoir oublier ; la mémoire de Jean, on l'a déjà vu, touche à l'invraisemblable. Ces souvenirs sont si nets que beaucoup de ces malades, comme le disait Löwenfeld, vivent plus dans le passé que dans le présent.

Malgré ce caractère général de la mémoire des psychasthéniques, plusieurs auteurs ont constaté des altérations des souvenirs dans certaines circonstances particulières. M. Séglas remarque que l'évocation des souvenirs est quelquefois pleine d'incertitude [1], surtout quand il s'agit de retrouver le souvenir d'une crise. Les malades croient également avoir une très mauvaise mémoire et s'en plaignent bien souvent. Dans les cas de dépersonnalisation, ils soutiennent avoir perdu leurs souvenirs comme leurs sensations. Bien souvent les crises d'interrogation sont causées par l'incapacité où sont les sujets de retrouver un souvenir. Bre... (141) en est un exemple remarquable : depuis qu'elle a perdu son mari, elle est tourmentée par le chagrin d'avoir oublié sa physionomie, les traits de son visage, elle ne peut évoquer dans son imagination cette image qu'elle chérissait. Aussi passe-t-elle ses journées à rechercher la figure de son mari, les photographies lui semblent insuffisantes, elle ne les reconnaît

1. Séglas, *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, p. 137.

pas suffisamment, il faut qu'elle cherche mieux ; à force de chercher, elle sent qu'elle oublie de plus en plus tout ce qui a rapport à la figure du mari. Ainsi elle peut évoquer, dans son imagination, des fleurs, des monuments, l'Arc de Triomphe, des figures de femmes, mais non des figures d'hommes, et surtout pas des figures d'hommes portant des moustaches. Elle oublie la voix du mari, ses paroles, son métier et même son mariage. Cette malade ressemble au cas célèbre présenté par Charcot comme une perte de la représentation visuelle, elle a la conception logique que « son mari avait des yeux noirs, un grand nez et une moustache foncée, mais elle ne peut pas se le représenter devant les yeux ». Il est probable que le malade de Charcot, qui pouvait « définir l'ogive et non se la représenter », était un scrupuleux du même genre.

Que faut-il penser de ces amnésies au moins apparentes? M. Séglas remarque justement qu'elles sont paroxystiques, se présentent par crise avec une impulsion violente à chercher, que l'on ne retrouve pas dans d'autres amnésies [1].

Même dans ces moments de crise ces amnésies sont-elles toujours réelles et profondes? On remarque facilement, surtout dans les cas de dépersonnalisation, que les sujets n'ont pas réellement ces oublis. Dès qu'ils veulent bien se laisser aller, ils racontent tout ce qu'on leur demande. Il n'est pas nécessaire d'évoquer des souvenirs subconscients comme chez les hystériques, il suffit que l'évocation ne soit pas volontaire. Ce qu'ils font mal en effet c'est l'évocation volontaire, ils ont comme des crampes de l'attention sur un point et ne peuvent la mouvoir pour passer à l'évocation de faits voisins : dès qu'ils ne se surveillent plus ils expriment facilement tous les souvenirs.

Cette persistance des souvenirs se retrouve, à mon avis, presque toujours et je ne suis pas tout à fait d'accord avec M. Séglas quand il admet un certain degré d'amnésie des périodes de crise. Cette amnésie serait importante car elle rapprocherait ces crises du somnambulisme : elle ne me paraît pas bien nette. La plupart de mes sujets m'ont raconté leurs crises de rumination et d'angoisse avec un luxe inouï de détails. Jean pourrait raconter combien de fois son cœur a fait « ploc ploc » et combien « il a dû soulever des poutres en nombre répété », il n'a pas du tout d'amnésie et je crois qu'il en est ainsi de presque tous les

1. Séglas, *Troubles du langage chez les aliénés*, p. 100.

autres. Les malentendus sur ce point dépendent, je crois, de deux choses. D'abord il ne faut pas que le malade fasse trop d'efforts volontaires pour retrouver le souvenir de la crise, il faut attendre que le récit lui vienne à l'esprit spontanément, ensuite il faut éviter de rechercher ce récit trop tôt après la crise elle-même.

Ces malades se rappellent d'autant mieux une chose qu'elle est plus ancienne, ils m'ont semblé avoir souvent un certain degré de « *mémoire retardante*[1] ». Cela s'accorde d'ailleurs avec la remarque précédente, on sait que l'évocation volontaire des souvenirs est d'autant plus difficile que le souvenir est plus récemment acquis, d'autant plus facile qu'il est plus ancien : il est tout naturel qu'avec une puissance d'attention et d'évocation volontaire faible la mémoire soit retardante.

Je crois cependant que l'on peut dans certains cas constater après les crises certains oublis quand on interroge les malades non sur leurs propres idées et leurs propres sentiments, mais sur les événements qui ont eu lieu en dehors d'eux pendant cette période. Claire sait bien qu'elle est restée à genoux aux cabinets parce qu'il lui semblait qu'elle avait une hostie collée à l'anus et qu'elle faisait des efforts pour « passer cette idée » ; elle sait comment l'idée s'est déroulée, les mouvements qu'elle a faits. Mais il est visible qu'elle ne sait pas si c'est sa mère ou sa bonne qui est venue la chercher et l'a forcée à cesser ses contorsions. D'autres malades, Gb... ou Sy..., qui ont été malades toute la journée, ne savent plus où elles ont été, si elles ont mangé ou non, si on leur a parlé. Il y a là un certain degré d'amnésie continue pour les événements extérieurs en rapport évidemment avec un état de distraction.

D'ailleurs, d'une manière générale, les troubles de la mémoire les plus nets que présentent les psychasthéniques se rattachent au type de l'*amnésie continue*. Le malade semble évidemment distrait, il se répète souvent la même chose, il radote, il oublie qu'il vient de nous raconter tout cela et quand on le lui fait remarquer il prétend qu'il n'a pas fait ces questions et qu'on ne lui a pas répondu. « Il m'est impossible de retenir un mot, disait déjà un malade de Baillarger, après avoir lu et relu une lettre, rien ne me reste à mesure que je lis, j'oublie. Il en est de même en écri-

1. Cf. *Névroses et Idées fixes*, I, p. 152.

vant, j'oublie ce que je viens d'écrire[1]. » Chez quelques malades que j'ai déjà décrits dans mon étude précédente sur « l'amnésie continue », en particulier dans le cas de Sch... (observation IV)[2], qui se rattache tout à fait à notre groupe des psychasthéniques, on trouve une amnésie des événements récents qui se développe d'une manière continue à mesure que la vie se déroule : « Elle ne peut faire aucune course, aucune commission, car aussitôt dans la rue elle perd et le souvenir des adresses et le souvenir même de ce qu'elle doit faire. Ou bien, au contraire, elle fait les choses plusieurs fois, tout étonnée par exemple de trouver son lit déjà fait ou surprise de constater que sa soupe n'est pas mangeable car elle l'a salée dix fois. Ce n'est qu'en raisonnant sur ses occupations habituelles qu'elle peut supposer assez vaguement ce qu'elle a fait hier ou ce matin. Cet oubli n'est pas continuellement aussi profond et aussi rapide, il augmente aux anniversaires de la catastrophe, il diminue dans l'intervalle. » Les autres observations de cette étude sur l'amnésie continue avaient surtout rapport à des hystériques chez lesquelles d'ailleurs le symptôme est bien plus accentué. Mais il serait facile d'ajouter ici bien des cas aussi nets chez des psychasthéniques. On retrouve l'amnésie continue chez des tiqueurs comme Myl... ou As... ou Lrm..., chez des phobiques comme Ku... ou Dob... « qui ne sait plus à quoi elle a employé ses journées », chez des obsédés comme Bei..., « incapable de se rappeler au bout de deux minutes ce qu'elle vient de faire », chez Claire « qui oublie tout au fur et à mesure ».

Malgré la banalité de ce symptôme que l'on retrouvera chez presque tous les malades, je crois cependant qu'il ne faut pas s'attendre à le trouver parfaitement net chez les psychasthéniques comme chez quelques hystériques ou comme dans la psychose polynévritique de Korsakof. Très souvent les souvenirs réapparaissent plus ou moins complets au bout d'un certain temps quand le sujet ne cherche plus à les évoquer volontairement. Il y a surtout mémoire retardante et troubles de l'attention dans la fixation et l'évocation des souvenirs.

1. Baillarger, *Recherches sur les maladies mentales*, 1890, I, 568.
2. *Névroses et Idées fixes*, I, p. 115.

2. — *Arrêt de l'instruction.*

Ces troubles se manifestent d'ailleurs de bien des manières. Les sujets n'ont évidemment pas profité de l'instruction qu'ils ont reçue comme auraient fait des individus normaux. Lo... (213), qui a suivi tous les cours possibles, ne sait en réalité pas grand'-chose, elle est en retard sur les jeunes femmes de son âge placées dans les mêmes conditions. Le fait est encore plus manifeste chez Jean : il a suivi toutes les classes du lycée, il a été aidé et dirigé autant que possible, je persiste à le croire intelligent d'après son langage et ses analyses psychologiques et morales, cependant il est arrivé très péniblement à des examens élémentaires, il n'a pu continuer l'étude du droit et en somme il ne sait presque plus rien de ce qu'on a essayé de lui apprendre. J'ai déjà signalé le sentiment bizarre qui le pousse à développer des idées générales, mais ce sentiment correspond à quelque chose de juste. Il a une mémoire extraordinaire des dates, des faits bruts, mais il n'a aucune instruction générale. La maladie de Red... a commencé plus tard, vers 18 ans, ses progrès se sont arrêtés à ce moment et les études scientifiques qu'elle suivait parfaitement auparavant sont devenues trop difficiles pour elle.

Ces lacunes se manifestent surtout dans les exercices qui demandent de la précision et de la composition. On pourrait croire que ces arithmomanes qui veulent toujours compter et qui recherchent une si grande précision vont avoir des disposition pour les mathématiques. Ce serait une grande erreur : ils ont tous horreur des mathématiques proprement dites et sont incapables de comprendre le moindre raisonnement géométrique ou de résoudre un petit problème. J'ai essayé bien souvent de faire devant eux un raisonnement de ce genre, aucun ne m'a même laissé aller jusqu'au bout, il est évident qu'ils n'y comprenaient rien. Un exercice que la plupart n'arrivent pas à faire davantage, c'est une composition par écrit sur un sujet quelconque. Ils redoutent surtout les sujets descriptifs où il est question d'objets réels ; ils aiment mieux les idées, surtout les idées abstraites. Gisèle remarque qu'elle comprend mieux les idées que les choses concrètes. Vye... veut bien s'occuper de psychologie mais non de physiologie, c'est là un fait important sur lequel nous reviendrons. Mais ils ne peuvent mettre leurs idées en ordre, ils veulent pouvoir en

parler d'abondance, à tort et à travers ; ils ne peuvent pas coordonner une composition écrite. C'est une des raisons pour lesquelles ils ont tant de peine à vous écrire et quelquefois à vous parler.

Nous retrouvons ici un caractère curieux que nous avons signalé dès le début de cette étude en décrivant l'attitude des malades. Leur embarras, leur difficulté pour exprimer leurs troubles ne dépendent pas seulement de leurs idées, de leurs sentiments de gêne, mais aussi de l'impuissance de leur esprit à coordonner et à exprimer.

3. — *Inintelligence des perceptions.*

Il n'est pas facile de mettre en évidence par une expérience rapide cette incapacité intellectuelle. Presque toujours les malades sont encore capables de fixer l'esprit pendant un moment quand on les excite : ils ne se comportent pas comme certaines hystériques qui lisent tout haut quelques lignes, qui les récitent même et ne comprennent absolument rien à ce qu'elles ont lu. Il est nécessaire de les faire lire plus longtemps des morceaux un peu plus sérieux, il est bon surtout de les laisser lire seuls quelques instants et de les interroger ensuite sur ce qu'ils ont lu. J'ai fait souvent cette expérience chez Tr..., chez Lo... et chez Claire et j'ai souvent constaté que ces sujets avaient très mal compris leur lecture. Elles me priaient toujours de les laisser recommencer et relire plusieurs fois de suite le même morceau. Ce n'était pas tout à fait une manie de répétition et un sentiment faux de mécontentement : l'intelligence du morceau était réellement très insuffisante.

On peut quelquefois constater plus encore et voir que les malades n'ont pas seulement des obsessions conscientes, comme on les appelle, dont ils reconnaissent bien la fausseté. Ils ont des idées fausses sur leur situation et sur les personnes qui les environnent. Ils ne se rendent pas compte de l'opinion qu'ils inspirent, ils croient que leur situation n'est pas grave dans les cas les plus désespérés, ils continuent à croire possible une foule de choses impraticables. Lo... s'est mariée, a quitté ses parents, a habité deux mois avec son mari sans prendre cette situation au sérieux et sans la comprendre ; elle quitte subitement son mari et retourne chez ses parents ; le mari demande le divorce, etc. Rien de tout cela n'interrompt ses rêves, cette jeune femme

répète en souriant qu'elle est toute surprise de s'entendre appeler Madame, qu'elle ne se rend pas compte d'avoir réellement été mariée. Il est certain que cette pauvre femme ne sent point du tout la gravité de sa situation. Xyb... a renvoyé une domestique puis elle l'a reprise quelque temps après. En dehors de ses hésitations et de ses obsessions elle se fait sur cet acte une appréciation tout à fait fausse. Elle croit devoir à cette domestique des réparations extraordinaires, elle croit que les « rapports ordinaires de maître à domestique n'existent plus entre elles deux, cette bonne n'a plus sa place dans mon imagination comme domestique, elle se sent liée vis-à-vis de sa bonne par quelque chose, etc. ». J'insiste sur ce point, les malades n'ont pas seulement des obsessions conscientes, ils ont des idées inexactes qui peuvent facilement devenir des idées délirantes.

Ce défaut de l'intelligence ne se manifeste pas d'ordinaire dans la simple conversation, on n'observe un trouble dans les perceptions auditives que dans deux cas, d'abord quand les malades sont au milieu d'une crise de rumination ou d'angoisse très forte, souvent ils ne comprennent plus rien à ce qu'on leur dit, mais ce trouble ne dure en général que peu de temps. On l'observe aussi quand ils essayent d'écouter pendant assez longtemps une conférence ou un sermon. Claire se désolait au début parce qu'elle ne pouvait plus comprendre les sermons, elle accusait ses sentiments religieux ; en réalité elle ne pouvait suivre la parole du prédicateur que pendant peu de temps. Jean met beaucoup de zèle à suivre des conférences littéraires mais il n'en profite guère, car il ne peut écouter le professeur plus de quelques minutes, son esprit s'en va et pense à autre chose.

4. — *Troubles de l'attention.*

Ces altérations dans le résultat du travail mental révèlent des troubles assez graves de l'attention. C'est en effet un fait d'observation vulgaire que l'état de distraction perpétuelle des obsédés. Baillarger notait déjà « la lésion de l'attention dans la monomanie[1] ». Buccola et Tamburini ont insisté sur l'exagération de

1. Baillarger, De la lésion de l'attention dans la monomanie. *Ann. méd. psych.*, 1846, II, 168.

l'attention spontanée et l'affaiblissement de l'attention volontaire.

On peut dire que c'est là le trouble principal qui consiste non dans une suppression des facultés intellectuelles, mais dans une difficulté de fixer l'attention. Ils ont toujours l'esprit distrait par quelque préoccupation vague et ne se donnent jamais entièrement à l'objet qu'on leur propose. Il résulte de cette division de l'esprit qu'il ne donne que peu de force pour l'opération principale. Ils ont de la peine à effectuer les opérations mentales dès qu'elles deviennent un peu difficiles, ils comprennent mal, n'ont pas de vues d'ensemble, s'embrouillent extrêmement vite dès que l'objet d'étude est un peu compliqué : Xyb... avoue qu'elle perd la tête dès qu'elle a plusieurs opérations à faire à la fois. S'il entre quelqu'un pendant qu'on lui parle elle ne comprend plus. Elle voudrait, comme d'ailleurs tous les autres, être dans le plus grand calme pour lire une phrase ou répondre à une question. « Dès que je reçois une visite, dit Lib... (117) je ne puis plus fixer mon attention même sur une simple broderie, j'ai la tête pleine de choses, il faut que je sois absolument seule pour me fixer un peu sur quelque chose. » « Il m'est devenu bien difficile d'être présente, dit Wo..., à chaque instant les gens me secouent et me disent : à quoi penses-tu ? Je sens surtout cette difficulté quand j'essaye de jouer de la musique à quatre mains, je ne puis pourtant pas dire à la personne qui joue avec moi : je n'y suis pas, attends-moi. Il me faut un effort énorme pour continuer à peu près et ne pas partir sur quelque recherche. »

Même quand l'attention se fixe un peu elle a toujours un autre défaut, c'est son extrême brièveté. Il ne faut pas maintenir longtemps la même opération, le malade cesse vite de s'y intéresser : Jean ne peut suivre une étude que quelques minutes, même sans qu'il ait de manies à ce sujet, il se met au bout de trois ou quatre minutes à vous faire répéter et ne comprend plus ; il en est de même chez Mm... qui ne peut pas prolonger une conversation plus d'un quart d'heure. Claire change sans cesse d'occupation, elle laisse une chose et la recommence, elle s'agace de ne pas pouvoir fixer l'attention et tombe dans ses manies. Lise se plaint de ne plus pouvoir aller jusqu'au bout d'une addition. Chez Simone le fait devient grossier : je réussis à l'arracher à ses idées fixes en l'intéressant à l'analyse botanique d'une fleur. Tout va très bien au début, en écoutant avec attention elle devient aimable,

elle demande ce qu'elle ne comprend pas et ne manifeste plus de délire. Ces belles dispositions ne durent pas plus de quatre ou

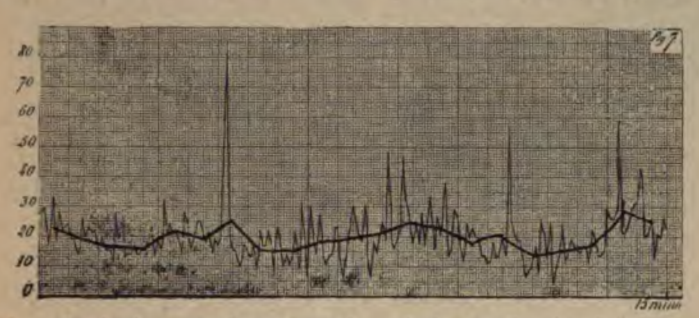


Fig. 15. — Courbe des temps de réaction à des excitations tactiles chez Bei. — Les excitations tactiles ont lieu sur le dos de la main gauche, les mouvements sont faits par la main gauche. — Durée de l'expérience : 15 minutes.

cinq minutes ; puis je vois bien que sa figure change, elle se bute et ne comprend plus, elle se frotte le front comme si elle y souf-

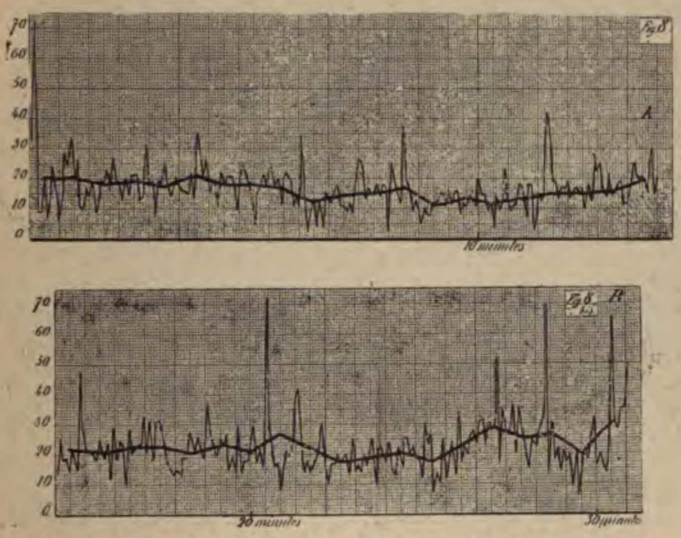


Fig. 16. — Courbe des temps de réaction simple à des excitations tactiles chez Bei... — Les excitations tactiles ont lieu sur le dos de la main droite. — L'expérience a une durée de 30 minutes. — En A, première partie du graphique pendant les 12 premières minutes ; en B, dernière partie pendant les 12 dernières minutes.

frait ; si je continue, elle va se fâcher et tomber dans une crise d'agitation délirante.

On observe le fait inverse quand il s'agit d'une association

d'idées qui revient mécaniquement. Le sujet y revient sans cesse, il ne peut plus parler d'autre chose. « Je remarquais, dit Trélat, que lorsque ses idées étaient portées sur un sujet, il ne pensait qu'à cela et ne parlait plus d'autre chose [1]. »

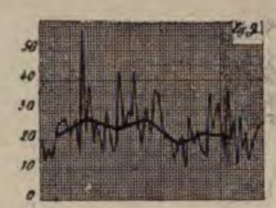


Fig. 17. — Courbe des temps de réaction simple à des excitations auditives chez Bei...

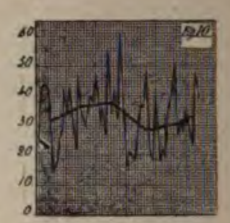


Fig. 18. — Courbe des temps de réaction simple à des excitations visuelles chez Bei...

J'aurais vivement désiré rendre manifeste cette brièveté de l'attention par des mesures et des graphiques et vérifier l'observation de M. Buccola sur l'augmentation des temps de réaction. Les difficultés sont très grandes : les grands malades ne se prêtent pas

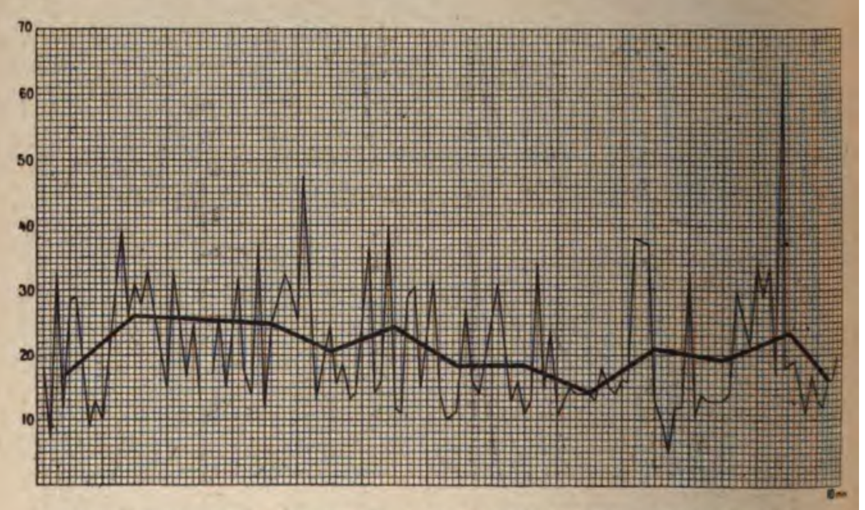


Fig. 91. — Courbe des temps de réaction simple à des excitations tactiles chez Qes...

aux expériences, les autres sont momentanément modifiés par le dispositif même, enfin les procédés de mesure de l'attention sont

1. Trélat, *Folie lucide*, p. 57.

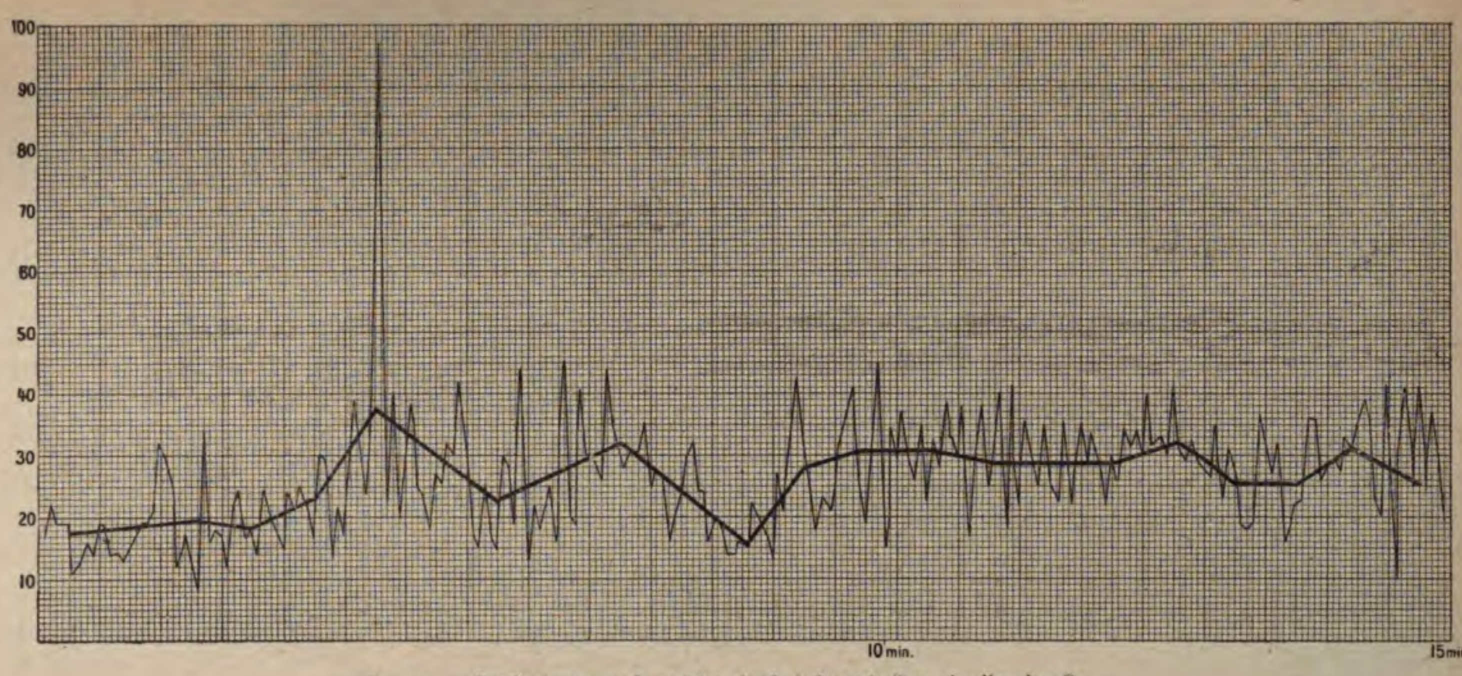


Fig. 20. — Courbe des temps de réaction simple à des excitations visuelles chez Qes...

encore insuffisants. J'ai cependant essayé d'obtenir chez quelques malades le graphique des temps de réaction suivant une méthode qui a été discutée dans un ouvrage précédent [1]. Les graphiques de l'attention par la courbe des temps de réaction, pris chez Bei..., ne sont pas très caractéristiques. Quand il s'agit de temps de réaction simple à des excitations tactiles faites sur le dos de la main gauche ou de la main droite, la courbe est à peine au-dessus de la normale, et elle s'élève fort peu sous l'influence de la fatigue, comme on voit dans les figures 15 et 16 empruntées à notre livres sur les névroses [2] et qui représentent une expérience

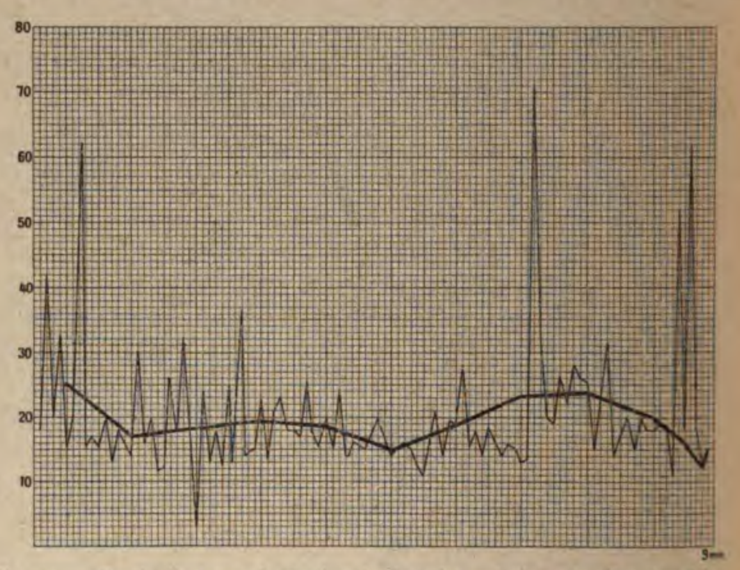


FIG. 21. — Courbe des temps de réaction simple à des excitations visuelles chez Gei...

d'un quart d'heure de durée. Dans les figures 17 et 18 qui représentent des temps de réaction à des excitations auditives et à des excitations visuelles on note une élévation notablement plus grande des courbes qui nous montre mieux la diminution de l'attention.

Les deux courbes (figures 19 et 20) obtenues par les mêmes procédés sur Qes... sont intéressantes : la courbe des réactions à

1. *Névroses et Idées fixes*, I, chapitre 2, La mesure de l'attention et le graphique des temps de réaction, p. 69.
2. *Névroses et Idées fixes*, II, p. 69.

des excitations tactiles et celle des réactions à des excitations visuelles sont toutes deux beaucoup trop élevées. Cette élévation est un peu moins grande dans la figure 21 qui montre la courbe des réactions de Gei... à des excitations visuelles. J'ai déjà fait remarquer toutes les critiques dont est passible ce mode de mesure de l'attention. Ces recherches n'ajoutent que peu à nos observations précédentes sur la faiblesse de l'attention, elles ne font que les confirmer.

5. — *Rêverie*.

De cette disparition de l'attention il résulte que leurs pensées ressemblent beaucoup plus à un état de rêve, à une rêverie perpétuelle. Chaque fait provoque des associations d'idées qui vont absolument à la dérive sans que le malade puisse les diriger. « Mes idées, dit Lise, ne sont jamais nettes au fond, je suis incapable de m'y débrouiller. Elles viennent subitement, occupent l'esprit une demi-journée et puis s'en vont. J'ai une paralysie dans la tête qui m'empêche de les secouer. » We... (170) rêve toute la journée, elle remarque elle-même que ses idées se présentent la nuit en rêve de la même façon que dans la journée. Il n'y a pas pour elle une grande différence entre la veille et le sommeil.

Chez Claire la rêverie est très bien décrite. « Je rêve toujours tant de choses que je n'en sais même pas la moitié. » Ce ne sont pas toujours des idées ayant rapport à son délire, ce sont des choses qu'elle a vues, qui viennent, elle ne sait d'où, qui se mêlent confusément et elle ne peut fixer une de ses idées sans qu'il en vienne une foule d'autres tout autour. « Quand je regarde en arrière je ne sais pas comment j'ai vécu, je trouve des rêveries sans fin sur tout. Toutes mes pensées se tournent en rêve ; quand on me parle, quand on me touche, on me fait sursauter comme si je n'y étais plus, comme si j'étais toujours dans un autre monde. »

Gisèle a remarqué qu'elle n'est jamais entièrement à ce qu'elle fait parce qu'il y a toujours trois vies en elle : la vie extérieure en rapport avec les choses du dehors, c'est la moins développée, la vie intérieure des réflexions, la plus intéressante et la plus développée et une troisième vie dont elle se rend mal compte et qu'elle sent au fond d'elle-même comme si quelque chose rêvait

en elle encore plus profondément. Ces divisions de la pensée qui se produisent quand diminue l'effort de l'attention justifieraient ce mot bien juste de M. Espinas « une conscience affaiblie c'est une conscience dispersée ». On ne sera plus étonné de la rêverie de Lib... que j'ai décrite comme un accident, une agitation mentale diffuse : ce n'est que l'exagération d'un stigmate que nous retrouvons sous une forme atténuée chez tous les autres malades.

Dans ces conditions il semble bien difficile que ces esprits puissent arriver à une conclusion nette sur un fait ou sur un raisonnement. Krafft-Ebing, disait justement que ce qui frappe immédiatement c'est l'impossibilité d'amener ces malades à une conclusion[1]. Ce sentiment de doute que nous avons constaté dans les sentiments d'incomplétude est l'expression dans la conscience de ce travail insuffisant de l'attention. « C'est, disait M. Ribot, un état d'hésitation constante pour les motifs les plus vains avec impuissance d'arriver à un résultat définitif[2]. »

6. — *Eclipses mentales.*

Je voudrais signaler à propos de ces troubles de l'attention un phénomène très curieux dont on verra bientôt toute l'importance. Simone vient se plaindre d'éprouver souvent un singulier arrêt de la pensée. Tout d'un coup elle s'arrête au milieu d'une conversation et reste un petit moment sans parler puis elle se retrouve, quelquefois elle continue sa conversation comme si rien n'était arrivé et ses parents sont seuls à avoir remarqué la petite interruption ; souvent elle reste un peu troublée et a besoin de quelques efforts pour savoir où elle en était. Ce fait me paraît d'autant plus curieux que chez cette jeune fille il a précédé de quelques mois et comme annoncé l'arrivée des grandes obsessions de la honte du corps qui ont pris pendant longtemps un assez grand développement. Le même fait se présente chez Gisèle, grande scrupuleuse. Suivant son expression « elle perd ses idées », mais il paraît, à ce qu'elle prétend, que c'est là un phénomène fréquent dans sa famille et que ses frères ont aussi l'habitude de perdre de temps en temps leurs idées.

1. Krafft-Ebing, *Psychiatrie*, traduct. 1897, p. 544.
2. Ribot, *Les Maladies de la volonté*, p. 59 (Paris, F. Alcan).

La diminution de l'attention peut donc aller chez quelques-uns jusqu'à des éclipses de la pensée comme la diminution de la volonté arrive à l'inertie complète.

3. — *Troubles des émotions et des sentiments.*

L'étude des émotions et des sentiments de ces malades serait, je crois, particulièrement fructueuse, parce qu'elle expliquerait beaucoup d'autres faits, mais on trouve toujours la même difficulté ; les troubles qui se présentent et qui sont incontestables sont-ils les résultats des idées absurdes du malade, sont-ils créés par son délire ou sont-ils antérieurs à ce délire et forment-ils le fond naturel de la maladie ? Bien souvent les malades eux-mêmes rattachent le trouble de leurs émotions à une sorte de retenue qu'ils supposent presque volontaire, c'est ce que font souvent les timides : « Il y a en moi, disait Amiel[1], une raideur secrète à laisser paraître une émotion vraie, à dire ce qui peut plaire, à m'abandonner au moment présent, sotte retenue que j'ai toujours observée avec chagrin... mon cœur n'ose jamais parler sérieusement, je badine toujours avec le moment qui passe et j'ai l'émotion rétrospective. Il répugne à ma nature réfractaire de reconnaître la solennité de l'heure où je suis, un instinct ironique qui provient de ma timidité me fait toujours glisser légèrement sur ce que je tiens sous prétexte d'autre chose et d'un autre moment... La peur de l'entraînement et la défiance de moi-même me poursuivent jusque dans l'attendrissement. » Cet arrêt des sentiments est-il vraiment une retenue par crainte de l'entraînement, ou bien au contraire cette prétendue retenue n'est-elle pas inventée pour l'expliquer ?

Le même problème se pose à propos des idées de scrupule qui semblent être la raison de cet arrêt des émotions. Lod... se plaint d'une chose qui l'énerve au plus haut point, c'est qu'elle ne peut plus s'amuser, se réjouir, prendre du plaisir de bon cœur à quelque chose. Quand l'excitation agréable arrive et que le plaisir va survenir, elle est arrêtée, ne peut plus se livrer au sentiment quel qu'il

1. Amiel, *Journal intime*, I, p. 151.

soit, il faut qu'elle pense à autre chose et ses idées ordinaires, ses problèmes surgissent: il faut qu'elle les résolve d'abord, avant de continuer la jouissance.Un chapeau lui plaît-il, aussitôt surgit l'idée que c'est une satisfaction égoïste. Veut-elle passer outre, elle a des remords comme si « elle avait l'idée d'envoyer la religion promener ». Écoute-t-elle une comédie au théâtre, il lui faut « remettre droites ses idées sur Dieu » avant de s'intéresser à la pièce. Elle ne peut prendre plaisir à la musique qu'elle joue, il faudrait d'abord se débarrasser de l'idée qu'elle pense mal de Dieu. Elle a une amie qu'elle aime beaucoup et ne peut se laisser aller au plaisir de l'affection, au simple plaisir de l'embrasser, car il lui vient l'idée qu'elle aurait bien pu l'embrasser sur les lèvres et que ce serait contraire à la pudeur.

En écoutant ce langage, on est porté à penser qu'elle est surtout délirante, que c'est elle qui se supprime ses plaisirs à cause des scrupules qui les persécutent, et on est tenté de lui dire: « Ne pensez plus au bon Dieu et à la morale et vous vous amuserez. »

La question est plus délicate, car cet arrêt du plaisir se retrouve chez beaucoup de malades qui n'ont pas précisément des obsessions ni des phobies à ce sujet et dont les émotions s'arrêtent cependant de la même manière sans qu'il y ait une idée déterminée ni une angoisse pouvant servir de prétexte à cet arrêt. Chez beaucoup des idées surgissent et pullulent après cet arrêt mais sans avoir aucun rapport avec l'émotion antécédente, chez d'autres l'arrêt de l'émotion n'est suivi d'aucun trouble particulier. Il semble donc qu'il existe chez ces malades un trouble fondamental des émotions et des sentiments indépendant des autres phénomènes que nous venons d'étudier.

D'autre part, on voit se développer chez beaucoup de ces malades un grand nombre de sentiments spéciaux que l'on ne rencontre pas au moins au même degré chez les individus normaux. Chez quelques-uns ces besoins ou ces amours bizarres sont accompagnés par des phénomènes intellectuels, des obsessions du même genre, mais chez beaucoup il n'en est pas ainsi et les sentiments anormaux se développent en dehors des réflexions du sujet presque à son insu. Ces sentiments sont voisins des sentiments d'incomplétude qui viennent d'être étudiés, mais ils ne sont pas identiques à ces phénomènes : ce sont plutôt des altérations des sentiments naturels qui existent chez tous les hommes. Ces remarques nous conduisent à étudier dans les para-

graphes suivants ces modifications primitives des émotions et des sentiments.

1. — *Indifférence.*

Il faut mettre en première ligne comme modification primitive une modification très importante et inattendue des émotions. On est toujours disposé à croire que ces malades sont des émotifs et l'on se figure qu'ils ressentent au suprême degré toutes les émotions et tous les sentiments. Il y a peut-être dans cette opinion quelque vérité, si on considère les émotions-chocs qui bouleversent rapidement l'équilibre de la pensée ; mais cette opinion est certainement très exagérée si on étudie les émotions-sentiments qui doivent se prolonger un certain temps et qui consistent dans la conscience de tendances plus ou moins développées.

En effet, il est essentiel de constater que la plupart des malades se plaignent d'être devenus tout à fait indifférents. Al..., femme de 27 ans, devenue malade après un mariage absurde avec un individu à demi aliéné et perverti sexuel, et après un procès scandaleux de plus de deux ans de durée, remarque très bien le changement qui s'est fait dans son caractère. Au commencement de ses aventures elle était excitée, en colère, très désolée de son mariage, de son procès, en un mot de ses malheurs qu'elle ressentait vivement. Très souvent elle se laissait aller à des crises de désespoir, elle pleurait et se lamentait. Maintenant tout est changé, elle ne pleure plus, ne se désole plus, elle est devenue indifférente à tout, elle pense à son mari sans que cela lui fasse rien : « je n'ai pas de désir, dit-elle, pas de regrets, pas d'ambition, rien n'est mauvais, rien ne me gêne, rien ne me contrarie, rien ne me fait plaisir. » Nadia se plaint de ne pouvoir être émotionnée et de ne pouvoir pleurer sa mère. Kl... et Wks.., qui étaient autrefois très vives et très colères sont devenues calmes et n'ont plus leurs accès d'irritation. Vil... est indifférente à la réalité et ne s'intéresse qu'à des rêves. Ce qui est surtout atteint par l'indifférence ce sont les sentiments affectueux pour la famille et pour les amis, et cette froideur contraste avec l'amour qu'ils ont d'un autre côté pour ceux qu'ils ont choisis comme directeurs de conscience.

D'après les confidences de quelques malades on peut faire des remarques sur une émotion qui d'ordinaire est intense, l'émotion génitale. Il est curieux de remarquer que des personnes autrefois

très excitables sur ce point sont devenues presque entièrement froides et ressentent un véritable engourdissement génital, cette remarque a été faite sur une douzaine de sujets. Chez quelques-uns cet engourdissement détermine même une recherche exagérée et bizarre de l'excitation sexuelle qui peut se transformer en un véritable délire, comme on le voit dans les observations de Loa... et de Len... Plusieurs se laissent aller à la masturbation avec une sorte de frénésie pour « arriver jusqu'au bout » de l'émotion, ce qu'ils sont devenus incapables de faire.

Chez beaucoup de malades, hommes ou femmes, cet arrêt de l'émotion génitale n'est accompagné d'aucune de ces manies ni d'aucune autre obsession. Leurs troubles intellectuels ou leurs phobies portent sur de tout autres questions ; ils n'ont aucune disposition à se reprocher l'acte génital accompli dans des conditions normales et légitimes, ils n'ont aucune envie de le transformer ou de le perfectionner. Ils constatent seulement qu'ils éprouvaient autrefois une émotion violente qui grandissait jusqu'à un maximum, puis s'arrêtait brusquement en laissant un sentiment de satisfaction et d'apaisement et que maintenant les choses sont changées, que cette émotion commence, qu'elle se développe imparfaitement, et qu'elle n'arrive jamais au maximum suivi d'apaisement. Bien mieux, quelques-uns n'avaient fait aucune attention à ce fait et sont tout surpris quand on le leur fait remarquer. Il y a donc, à côté du sentiment d'incomplétude génitale que nous avons signalé et qui pouvait être plus ou moins juste, un engourdissement réel qui ne semble pas dépendre de l'appréciation du sujet.

Il ne faudrait pas en conclure que tous ces sentiments soient complètement disparus et que nous soyons en présence de cette anesthésie morale que l'on observe chez quelques hystériques. Les malades ont l'émotion ou du moins ils commencent à l'avoir, mais ces émotions commencées s'arrêtent rapidement, cessent de se développer ou se transforment en ruminations ou en angoisses. Le malade se rend compte que son sentiment n'est pas complet, n'est pas fini et d'autre part il redoute ces transformations pénibles. Il en vient à redouter lui-même ses sentiments insuffisants, qui, s'il essaye de les mener plus loin, donnent naissance à des crises douloureuses et il finit par ajouter une restriction volontaire à cet arrêt qui survenait d'abord naturellement. Depuis qu'il a des scrupules, On... craint les colères, les émotions, il a peur de l'exci-

tation sexuelle, peur de la surprise, « peur de se laisser emballer par quoi que ce soit ». Il se rend évidemment plus indifférent qu'il ne le serait spontanément.

Comme le fait me paraît extrêmement important je rapporte encore sur le point l'observation de Lise qui confirme toutes les remarques précédentes. Cette personne semble être inaccessible à toute émotion. « Il y a longtemps qu'elle a renoncé à prendre plaisir à quelque chose et elle ne songe même pas à s'en plaindre. » L'indifférence est notée non par la malade, mais par la famille qui la constate et me raconte ces détails. Lise n'a pas d'amie intime, pas de désirs, pas de caprices, pas de craintes sérieuses même quand les enfants sont malades, pas d'impatience vis-à-vis d'un mari tout à fait insupportable : elle est admirable de calme et de raison. Si on la savait raisonnable, on pourrait admirer ce calme, mais comme nous savons le désordre de son esprit, on peut se demander si cette sagesse n'est pas un symptôme pathologique.

Quand on cherche l'origine de cette indifférence, on est disposé au premier abord à le croire volontaire. On remarque qu'elle a été très affectueuse, qu'elle a encore quelquefois une grande délicatesse de sentiments ; elle prétend qu'elle est capable de se mettre en colère comme une autre personne et de ressentir la douleur et l'indignation. Mais tout cela n'existe plus qu'en puissance et ne se développe plus jamais ; car il lui semble qu'elle s'arrête elle-même: « si les émotions se développaient jusqu'à un certain point, dit-elle, mes idées, mes terribles idées sur le diable, les enfants voués, etc., surgiraient et me domineraient d'une manière irrésistible. Si je me laisse aller à l'excitation ou à la colère une minute, je ne suis plus maîtresse de mes idées, elles surgissent avec force et vont persister longtemps ». Il en résulte qu'elle a une peur affreuse de se laisser aller à une émotion, elle se surveille continuellement, ne se laisse jamais aller à un état émotif complet ; même au milieu des scènes violentes auxquelles elle assiste elle conserve son sang-froid, il y a toujours une partie d'elle-même, qui n'y prend pas part. Elle a également peur de se laisser aller à une émotion en assistant au théâtre ou en écoutant de la musique ; en un mot elle travaille à maintenir en elle un état d'indifférence, si bien qu'elle se figure que c'est elle-même qui arrête les émotions.

Je crois que sa volonté et sa prudence contribuent un peu à diminuer les phénomènes : mais d'après son aveu et d'après l'observation

des autres malades, ses émotions s'arrêteraient toutes seules à un degré peut-être un peu supérieur et se transformeraient contre sa volonté en ruminations et en angoisses. Celles-ci sont évidemment des phénomènes d'une autre nature que les émotions de joie, d'affection, de plaisir artistique qui avaient commencé à se développer. On peut noter à ce propos un petit détail assez démonstratif. Lise a supporté pendant dix ans sans se fâcher et sans se plaindre les bizarreries de caractères de son mari. Quand elle commence à se guérir, elle ne peut plus conserver le même calme. Quoiqu'elle désire encore arrêter les émotions et surtout les manifestations des émotions elle n'y parvient plus et malgré sa volonté elle s'irrite et elle souffre de ce mariage. C'était donc bien son état maladif qui l'empêchait d'en souffrir.

Ces observations sont tout à fait concordantes, elles sont faciles à vérifier et montrent que ces malades ont beaucoup moins de sentiments et d'émotions normales qu'on n'est disposé à le croire.

2. — *Sentiments mélancoliques.*

Les sentiments qui subsistent avec une certaine acuité sont des sentiments de tristesse analogues à ceux que l'on rencontre chez les mélancoliques. La suppression de toute émotion vive jointe à la dépression de toute activité donnent naissance à un sentiment perpétuel *d'ennui*. M. Tissié remarque fort bien le rôle du sentiment de l'ennui dans toutes les fatigues. « Le sentiment de l'ennui domine toutes les psychoses et on le retrouve toujours à un moment donné de l'entraînement intensif chez tous les sujets les plus gais et les mieux équilibrés [1]... » Il n'est pas surprenant que l'on retrouve ce sentiment chez tous nos psychasthéniques perpétuellement fatigués.

Ku..., Dk..., Dd..., etc., tous d'ailleurs répètent qu'ils ne peuvent prendre leur part des joies de la vie pas plus que de ses souffrances d'ailleurs et qu'ils s'ennuient incurablement. Lise... prétend qu'elle était ainsi dès sa première enfance, qu'elle ne s'amusait jamais complètement et qu'elle n'a jamais pu se laisser aller à un plaisir ou à une émotion quelconque à cause d'un fond d'ennui incurable.

1. Tissié, Revue scientifique, 1896, II, p. 642.

Ils n'ont pas de véritables douleurs mais ils ont une tristesse vague qui consiste plutôt dans l'absence de toute joie que dans un réel sentiment de chagrin, c'est une nuance de l'ennui. Qsa... (108) est toujours morose : « il n'aime pas à voir des gens gais qui l'exaspèrent, il sent qu'il pourrait être capable de gaîté si sa maladie ne le séparait pas de toutes choses ». Claire se plaint de s'attrister elle-même continuellement : « je ne m'aime pas moi-même... parce que je me déteste..., je m'ennuie et m'attriste de me voir moi-même ».

Gisèle, Jean, Nadia gémissent sur cette existence terne à laquelle ils sont condamnés « j'ai toujours été très triste même dans les moments les plus heureux de ma vie, c'est une existence gâtée ». « Je ne puis même pas prendre un plaisir pur dans la musique que j'aime tant ; je mêle de la tristesse à tout, j'ai un esprit merveilleusement organisé pour être malheureux. »

Ce sentiment de tristesse donne sa nuance à toutes les perceptions et à toutes les idées. Claire étend cet ennui et cette tristesse à tout l'univers « il me semble que tout le monde doit être malheureux et tous les endroits qui me plaisaient autrefois me paraissent tristes comme si tout ce monde qui est si peu réel était toujours sur le point de mourir, de s'écrouler ». Jean exagère encore comme toujours ces dispositions mélancoliques : à bien des reprises il est envahi à propos de certaines personnes et de certains endroits par « le sentiment de la fin du monde ». Quand il quitte un endroit où il s'est plu, quand il apprend la mort d'un parent qui habitait telle région, quand il a dans un endroit une émotion triste, déprimante, il est envahi par un sentiment de tristesse profonde, par un sentiment de mort qui s'applique uniquement à cet endroit. Nous avons déjà vu de ces sentiments de mourir dans les angoisses morales, mais ce qu'il y a de particulier dans cette observation de Jean c'est que le sentiment s'associe avec la pensée d'une région « dans ce pays tout est mort, c'est la fin du monde pour ce pays ». Bientôt la manie de généralisation va s'emparer du sentiment et toute la région aux alentours, tout l'Ouest de la France va être mort. Il est facile de voir le lien de tels sentiments avec les délires mélancoliques : chez nos malades, ils restent à l'état de sentiments vagues sans se transformer en une idée nette ni surtout en une idée acceptée et crue par le sujet.

3. — *Émotivité.*

On rencontre cependant des malades qui paraissent se comporter autrement et d'après lesquels s'est formée cette opinion commune que les obsédés sont extrêmement émotifs.

Ce sont d'abord les timides, presque tous nos scrupuleux ont été des timides, or « pour être timide, dit M. Hartenberg, il faut d'abord être enclin à éprouver une certaine émotion dans certaines circonstances... c'est une réaction émotive spontanée, aveugle, irrésistible qui survient par le seul fait de se présenter en public, comme le vertige se produit à la vue d'un précipice[1] ». Ce sont ensuite les tiqueurs « qui sont tous des émotifs, atteints d'une affectivité désordonnée[2] ». Puis tous les phobiques dont la maladie consiste dans une tendance irrésistible à des émotions disproportionnées.

Aussi n'est-il pas surprenant que beaucoup de nos malades se plaignent de leur émotivité excessive : par exemple Vr..., Brk... remarquent que chez eux la moindre impression prend des proportions énormes, une surprise, une parole adressée brusquement, la vue d'un accident dans la rue leur donne des chaleurs à la tête, des palpitations de cœur, des suffocations, des respirations en soupir pendant plus de dix minutes, « la moindre des contrariétés, dit Za..., devient pour moi au bout de quelque temps la cause de tremblements nerveux, de secousses dans tous les membres et de crises de larmes tout à fait absurdes ». Wo... se met à fondre en larmes pour la moindre des choses. Ces émotions exagérées se présentent surtout quand il s'agit de se montrer, de faire un acte en public : quand Ul... est devant quelqu'un elle se sent serrée à la gorge, elle sent un gros poids qui lui écrase la poitrine, elle suffoque, elle sent comme des convulsions dans tous les muscles de la face et des yeux. Cette description est banale, on la trouverait répétée par des centaines de malades.

Est-ce là de l'émotion complète et ce caractère contredit-il le précédent ? Dans un sens oui, c'est une certaine forme d'émotion, c'est en réalité plus ou moins complètement la crise d'angoisse qui apparaît, et ne semble-t-il pas qu'avoir des crises d'angoisse à tout propos c'est être émotif ?

1. Hartenberg, *Les timides et la timidité*, p. 5, p. 166.
2. Meige et Feindel, *Progrès médical*, 7 sept. 1901.

Il me semble cependant qu'il y a bien des réserves à faire à propos de cette émotivité. Cette émotion présente d'abord un caractère bien curieux qui mérite d'attirer l'attention : elle est retardante, « rétrospective », comme disait Amiel. Ces malades restent souvent parfaitement calmes devant l'événement qui devrait les émotionner, ils se comportent comme s'ils étaient tout à fait indifférents. Les réflexes cardiaques et vaso-moteurs qui, suivant la théorie de Lange et de James, devraient accompagner immédiatement l'événement, antérieurement à tout travail proprement cérébral ne se produisent pas du tout. Cependant tout n'est pas terminé : au bout de quelques heures ou au bout de quelques jours un travail s'est fait dans le cerveau à propos de cet événement et les malades ont des palpitations, des tremblements interminables comme s'ils étaient violemment émus par cet événement qui, dans sa réalité présente, a semblé passer inaperçu. Claire relève un homme qui s'est blessé en cherchant à se suicider, elle a un calme incompréhensible chez une jeune fille, elle reste indifférente toute la journée ; mais elle est malade d'émotion le lendemain. Même observation dans une foule de circonstances chez Nadia, chez Jean, chez Gisèle, Dob..., Kl..., etc. Ce fait de l'émotion retardante me paraît très intéressant, il doit être rapproché de cette action retardante qui caractérise les abouliques, de cette mémoire retardante sur laquelle je viens d'insister. En un mot, chez certains malades, un événement n'a d'action, ne fait naître le phénomène psychologique en apparence approprié que lorsqu'il est passé depuis un certain temps.

Un autre caractère de cette émotion des psychasthéniques, c'est qu'elle reste une émotion vague, indéterminée, une angoisse, c'est-à-dire la plus basse des émotions et qu'elle est très peu adaptée à l'événement qui la détermine.

Les malades eux-mêmes remarquent que cette émotion a un caractère bizarre, c'est qu'elle est toujours la même, elle survient aussi bien à propos des événements qui devraient faire naître de la peur, qu'à propos de ceux qui devraient faire naître de la colère ou de ceux qui devraient faire naître de la joie. On peut le vérifier très bien avec Ul... qui a les mêmes phénomènes de suffocation, de convulsions de la face et des yeux en recevant une lettre qu'elle attend ou en entrant dans un omnibus. Les crises d'angoisse de Cs... semblent être en rapport avec son délire hypocondriaque et débuter quand on parle de maladie devant elle ou

quand elle voit une fiole de pharmacie, mais elles surviennent exactement semblables, quand elle rencontre une amie dans la rue ou quand elle reçoit une page de « bâtons » faits par son petit garçon qui a quatre ans. Lac.,. exprime cette banalité de son émotion d'une manière bizarre. Il a été ou a cru être mordu par un chien enragé à l'âge de 15 ans; depuis il éprouve perpétuellement une angoisse toute spéciale qu'il a baptisée lui-même « l'émotion du chien enragé », elle consiste en maux de tête spéciaux, tournoiement dans le ventre, secousses de la jambe gauche et besoin de regarder, de toucher cette jambe pour voir « si un chien ne la lèche pas », pour écarter ce chien. Eh bien, il ne peut plus avoir aucune autre émotion que celle-là, « c'est trop fort, je ne peux plus être amoureux, si j'embrasse une femme, cela me donne uniquement mon émotion du chien enragé et malgré moi je détourne la tête pour voir si un chien ne me frôle pas la jambe ou ne me lèche pas le pouce ».

Un détail curieux, c'est que ces crises d'angoisse peuvent se présenter chez des sujets comme chez Jean ou Nadia qui viennent de nous répéter et de nous montrer qu'ils ne peuvent pas avoir d'émotion. Ils ont des crises qu'on appelle des phobies qui ressemblent vaguement à de la peur et ils protestent qu'ils ne sont plus susceptibles d'éprouver la peur; ils ont des agitations motrices qui ressemblent assez vaguement du reste, comme je l'ai dit, à de la colère et ils se plaignent de ne plus pouvoir s'indigner ni se fâcher; c'est que ces crises ne sont pas des émotions normales de peur ou de colère et qu'elles se substituent à ces émotions normales au moment où leur développement s'arrête. En un mot, quand on remarque que ces malades ont de l'émotivité, cela ne veut pas dire qu'ils sont plus susceptibles que les autres personnes d'avoir des émotions normales et complètes, mais qu'ils sont plus disposés sous l'influence du moindre choc à commencer des crises d'agitation motrice ou d'angoisse.

4. — *Émotions sublimes.*

Pour être complet dans ce chapitre et indiquer sommairement les sentiments et les émotions qui se présentent chez les scrupuleux, je dois indiquer une émotion très singulière qu'il m'est très difficile d'expliquer complètement et sur laquelle je crois nécessaire de revenir plus tard après avoir acquis quelques no-

tions générales sur la psychologie de ces malades. J'ai observé ces émotions sur une dizaine de personnes avec des symptômes assez semblables pour qu'elles ne me parussent pas des phénomènes accidentels.

On a vu que d'ordinaire et pendant la majeure partie de leur vie ces malades sont déprimés, tristes, incapables de s'élever aux actes, à l'attention, à l'émotion normale : de temps en temps chez quelques-uns d'entre eux se produit une exaltation extraordinaire qui les soulève au-dessus de leur niveau habituel et leur donne pour un moment des émotions de bonheur ineffable, des sentiments d'activité surhumaine, d'intelligence tout à fait complète. M. Lanteirès, dans sa thèse[1] sur les troubles psychopathiques avec lucidité signalait déjà un peu vaguement que certains malades éprouvent tout d'un coup « une sorte d'extase, une sorte d'éréthisme nerveux avec de voluptueux frissons ».

Voici quelques exemples de ce fait singulier Gs... en contemplant les maisons du haut du Trocadéro est enflammé d'enthousiasme, il a des sentiments d'admiration merveilleux et il oublie pour un instant toutes ses misères : « Il me semble que c'est trop beau, trop grandiose, que je suis soulevé au-dessus de moi-même ; sur le moment cela me cause un énorme plaisir, mais cela m'épuise, me fait trembler les jambes et il me semble que je vais tomber évanoui, incapable de supporter ce bonheur. »

Fy..., en se promenant dans la campagne, se sent comme grisée par le grand air « tout me paraît délicieux, il me semble que je vais éclater de bonheur, jamais je n'avais éprouvé cela, la journée passe comme un rêve, le temps marche cinquante fois plus vite qu'à Paris. Je me sens meilleure et il me semble qu'il n'y a pas de gens méchants comme dans les autres pays, toutes les figures sont sympathiques et il me semble que je suis à l'âge d'or. Les expressions me viennent plus facilement, moi qui ne peux pas ouvrir la bouche quand il y a une personne, je parlerais devant une assemblée ». Nadia aussi a éprouvé par instants, mais incomplètement, ces sentiments au moment de son amour insensé pour un grand musicien. Nah..., homme de 21 ans, sent par moment « une stupéfaction sacrée qui cause un bonheur infini ». Gv..., homme de 26 ans, « se sent enlevé au-dessus de sa condition, il croit marcher sur

1. Lanteirès, *Essai descriptif sur les troubles psychopathiques avec lucidité d'esprit*, Thèse, 1885, p. 44.

une autre terre où l'on est meilleur et plus fort ». L'un des plus curieux sur ce point c'est Jean qui a baptisé ce phénomène d'un nom que je conserve en partie : « les sensations sublimes et solennelles. » De temps en temps, mais rarement, il est pris de cette sensation quand il rêve à une occupation intelligente et élevée qui lui plairait, mais qui est en contradiction complète avec son caractère, par exemple, quand il rêve qu'il est député à la Chambre et que devant les tribunes bien pleines il prononce un grand discours politique. Il ressent alors un petit frisson par tout le corps mais qui n'a rien des fluides pénibles, il sent le cœur calme et ralenti, ses muscles sont à la fois forts et comme détendus, au lieu de sa marche humble à petits pas, la tête baissée, il se redresse et marche à grands pas d'un air important ; il a de l'excitation intellectuelle, il comprend bien les choses et ressent la soif de s'instruire, enfin et surtout il a un sentiment de bonheur qu'il n'éprouve jamais. « Ce sont des impressions divines qui me prouvent l'existence de l'âme dans le corps. »

Ces émotions sublimes durent peu d'ordinaire, elles sont presque toujours chèrement payées par les malades. Gs... tombe bien vite dans une rumination pénible sur le nombre infini des maisons, et recommence les questions : « Comment a-t-on pu les construire ? comment a-t-on pu les compter ? » Il a de nouveau un horrible sentiment de dépression. Fy... (34), termine son idylle à la campagne par une petite crise avec perte de conscience et émission d'urine dont nous aurons à discuter la nature et le pauvre Jean retombe piteusement de la tribune : l'excitation s'est propagée aux organes génitaux, a ramené la pensée de la masturbation et toutes les angoisses plus grandes qu'auparavant.

Je trouve ces émotions excessivement curieuses, elles forment un contraste avec le sentiment ordinaire de chute qui caractérise le scrupuleux. En outre, elles établissent une liaison très intéressante avec d'autres malades dont je ne m'occupe pas ici, mais que j'espère pouvoir étudier un jour, les extatiques. Je suis arrivé non sans quelque étonnement à cette conclusion que les extatiques ne sont pas des hystériques comme je le croyais primitivement, mais qu'ils se rattachent bien plutôt au groupe des scrupuleux. En les étudiant il faudra montrer que les extatiques ont des crises de rumination, d'angoisse et de chute comme les scrupuleux ; il est intéressant de montrer ici que les scrupuleux ont au moins en germe des crises d'extase.

5. — *Le besoin de direction.*

A côté du trouble fondamental des émotions, à côté du sentiment d'incomplétude et probablement à cause de lui se développent chez nos scrupuleux des sentiments tout particuliers en rapport avec des tendances spéciales qui n'existent pas au même degré chez les individus normaux, l'un des plus important est *le besoin de direction*.

J'ai déjà eu l'occasion d'insister sur ce sentiment surtout à propos de ses exagérations pathologiques. Avant de donner naissance à des troubles morbides ce sentiment existe à l'état normal chez certaines personnes et contribue à constituer leur caractère. C'est ce qui arrive au plus haut degré pour les scrupuleux. Je laisse de côté ici ceux qui ont des obsessions amoureuses et qui sont au désespoir parce qu'ils ont perdu une personne qui les dirigeait, je prends des malades qui ont de toutes autres obsessions ou de toutes autres manies et je constate que ce sentiment existe chez eux pour ainsi dire à leur insu. Ces personnes éprouvent un certain plaisir à obéir, à recevoir tout formulés les jugements qu'ils doivent avoir, les décisions qu'ils doivent prendre. Instinctivement ils se mettent sous les ordres de quelqu'un et, leur soumission une fois effectuée, ils ne se donnent plus jamais la peine de contrôler ou de discuter les ordres que cette personne leur donne, les jugements qu'elle leur inspire, les exemples qu'elle leur montre, ils ne veulent plus rien faire sans l'avis de cette personne.

Ce caractère est décrit par tous les observateurs. Legrand du Saulle note « le besoin d'être rassuré qui conduit le malade chez le médecin aux heures les plus insolites[1] ». Il décrit une dame de 30 ans qui se fait diriger par un petit garçon de 8 ans « il ne m'en faut pas davantage, dit-elle, pour que j'évite une crise[2] ». Baillarger remarque chez les douteurs « ce besoin énorme d'affirmation étrangère[3] ». « Ils ne peuvent agir que sous l'impulsion des autres, disaient MM. Raymond et Arnaud de leurs malades[4]. »

1. Legrand du Saulle, *Folie du doute*, p. 35.
2. Legrand du Saulle. *ibid.*, p. 38.
3. Baillarger, *Œuvres*, I, p. 218. Cf. Cullerre, *Frontière de la folie*, p. 70.
4. Raymond et Arnaud, *Ann. méd. psych.*, 1892, II, 199.

Aux cas nombreux que j'ai déjà décrits [1], je n'ajoute que quelques exemples.

Ps..., jeune fille de 23 ans, s'abandonne ainsi entre les mains d'une religieuse qu'elle a choisie et la force de tout décider dans sa vie. Bu... (85) appelle sa femme tout le temps et ne lève pas le petit doigt sans lui en demander la permission. Dua... (135), femme de 27 ans, ne peut plus faire un pas sans l'ordre de son médecin, elle éprouve le besoin de tout lui raconter, de lui faire des confessions entières sous des prétextes quelconques. Elle demande conseil sur tout même à propos des choses les moins médicales et obéit minutieusement. Mbo... obéit à sa sœur et Vi... est dirigé par son enfant qui a 10 ans à peine. Kl,.. se conduit exactement de même : sans me connaître, elle se confie complètement à moi et se met à ne plus penser que par moi. Lise se rend bien compte qu'elle éprouve ce besoin d'une façon ridicule, elle a essayé à plusieurs reprises de le satisfaire avec des amies, avec des prêtres et elle doit résister pour ne pas trop s'y laissser aller. Malgré elle, elle se sent inquiète lorsqu'elle est loin de moi, « sentir que je suis libre pendant plusieurs mois, c'est comme quelque chose de terrible ; je vais être très mal au commencement, puis j'irai mieux à la fin par la pensée que le terme de ma liberté approche ». Claire a tout à fait le même caractère, elle est heureuse quand elle est comprise, c'est-à-dire quand quelqu'un se rend compte de ses pensées, de ses besoins, et décide pour elle. Au bout de quelques visites à peine elle s'accroche désespérément à moi, ne veut plus me quitter, et prétend qu'elle ne pourra plus vivre si je ne lui dicte pas « mot à mot tout ce qu'elle doit faire et penser dans la journée. » Za..., Rk..., m'écrivent à chaque instant des lettres suppliantes pour me demander « de répondre immédiatement ce qu'ils doivent croire. » Xo... demande en me quittant des ordres et des affirmations par écrit et Jean « ne vit que sur la perspective de venir me voir. »

Quand ces malades n'ont pas à leur disposition un directeur de conscience qui leur convienne, il n'est pas d'efforts qu'ils ne fassent pour en trouver un. « Je me suis mise volontairement, dit Gisèle, sous une dépendance morale, j'ai cherché à substituer une autre pensée à celle qui me hante, une volonté à la mienne,

1. L'influence somnambulique et le besoin de direction. *Revue philosophique*, 1897, I, p. 113 et *Névroses et Idées fixes*, I, p. 423.

je sens tellement qu'il me faut à tout prix obéir. » Elle a cherché à se confier à un prêtre ; mais elle a été bien vite effrayée en voyant que son sentiment de dépendance se compliquait de sentiments profanes.

Inversement quand ils ont perdu cette direction si nécessaire, ces malades tombent dans le plus complet désordre. Gri...(82), jeune femme de 28 ans, a eu depuis l'âge de 15 ans toutes espèces de troubles de la volonté, des crises d'agitation, des phobies, etc ; elle finit par trouver un amant qui lui impose une tenue correcte, qui obtient un travail régulier et une attention suffisante. Sous cette influence, la malade oublie tous ses troubles et se porte parfaitement pendant cinq ans. Depuis que cet amant l'a quittée elle retombe dans le plus complet désordre, elle est tourmentée par des obsessions et surtout, bien entendu par un amour obsédant pour ce directeur perdu. L'observation de Ck..., que j'ai déjà citée, est des plus amusantes. Cette pauvre femme de 41 ans après avoir eu toutes les obsessions et les phobies, a rencontré, vers l'âge de 30 ans une autre pauvre femme tourmentée par des manies de propreté qui amenaient pratiquement une grande saleté. Ces deux infirmes de la volonté se sont consolées, soutenues et réformées mutuellement ; elles ont formé pendant dix ans un couple admirable, parfaitement raisonnable, comme l'aveugle et le paralytique. Une aventure lamentable les a séparés : une domestique renvoyée a tenu, paraît-il, un propos qui tendait à mettre en doute la moralité de l'affection mutuelle des deux vieilles dames. Celles-ci sont alors troublées par un scrupule sur leur amitié et croient devoir se séparer. On verra à propos du traitement que l'obsédé prend ainsi des scrupules par rapport à celui qui le traite et le dirige et que ces scrupules sont un signe sérieux de rechute. Dans le cas présent les deux malades recommencèrent un véritable délire avec obsession de toute espèce, obsessions de crime, de remords, d'hypocondrie jusqu'à ce que j'aie réussi à les réunir de nouveau.

En étudiant des cas de ce genre j'ai montré que le sentiment dépend principalement du besoin de faire faire par un autre l'acte de volonté devenu difficile. « Le malade, disais-je à ce propos[1], n'a en réalité aucune résolution, aucune idée dans une circonstance donnée, il faut que le directeur fasse lui-même la

1. *Névroses et Idées fixes*, I, p. 470.

synthèse que son sujet ne peut pas faire et lui impose la résolution toute faite. C'est là très souvent ce que les douteurs viennent demander à leur médecin quand ils lui racontent leur vie et leurs incertitudes. « Faut-il me fâcher avec cette personne qui m'a regardé de travers ? — Faut-il faire mon ménage ? — Faut-il me marier ? — Faut-il acheter une robe ? — Faut-il recevoir mon amant ? etc. » Ce sont entre mille les questions que m'ont posées les malades, questions que l'on ne peut déclarer insignifiantes quand on les voit déterminer de telles souffrances et de tels délires. Peu leur importe la réponse ; pourvu qu'elle soit nette et décisive, ils sont immédiatement soulagés... On comprend maintenant le rôle du directeur et comment il doit en réalité vouloir pour les malades. »

6. — *Le besoin d'excitation.*

Le besoin de direction ne se présente pas toujours sous cette forme simple que je viens de rappeler. Dans bien des cas, il est évident que les sujets savent ce qu'ils ont à faire et ne demandent pas d'indications à ce sujet. Ce qu'ils demandent, c'est simplement une excitation capable d'enrichir la résolution d'un cortège d'émotions qui lui manquent afin qu'elle ait la force de se réaliser. « Dans des cas plus simples, disais-je autrefois à ce propos, le directeur va simplement fortifier la résolution que le malade avait déjà à peu près formulée. Il la fortifie en l'enrichissant, en y ajoutant par le fait même des circonstances dans lesquelles il se trouve placé, des détails et des émotions qui lui faisaient défaut. Le confessionnal, la consultation, le titre sacerdotal ou médical, et surtout la fameuse ordonnance médicale dont tant de railleries n'ont pu entamer la formidable autorité, rendent déjà de grands services. Mais il faut souvent que le directeur ajoute plus encore, qu'il use de la menace, de l'ironie, de la caresse, de la prière, qu'il s'adresse à tous les sentiments qu'il sait exister encore dans le cœur du sujet et qu'il les réveille l'un après l'autre pour les forcer à faire cortège à l'idée chancelante. — Vous manquerez à des engagements qui maintenant sont publics, vous serez ridicule aux yeux de Monsieur un tel, vous affligerez une personne que vous aimez, etc. — Que de fois j'ai dû faire jouer tous ces ressorts de la rhétorique, pour obtenir qu'un

malade boive un verre d'eau ou change de chemise, comme s'il s'agissait d'obtenir les résolutions les plus graves[1]. »

Aux malades que j'ai cités dans le travail précédent, on peut facilement en ajouter beaucoup d'autres, je rappelle seulement que Claire ne réclame pas seulement un directeur, mais « quelqu'un qui l'excite, qui la remonte, il doit me secouer pour me faire faire ce que je sais bien devoir faire. » Le pauvre Bu... a besoin que sa femme lui donne des claques sur le derrière, « cela m'humilie de me voir traité comme un petit enfant et cela me donne quelque énergie... ».

Chez beaucoup, le rôle de l'excitation est encore plus considérable. Il ne s'agit plus seulement d'une excitation particulière qui s'ajoute à un conseil, afin de pousser à l'exécution d'une action, c'est une excitation quelconque capable de pousser le sujet jusqu'à une émotion. Ces malades éprouvent très difficilement les émotions complètes et, comme on le verra, ils sont beaucoup mieux quand ils arrivent à les éprouver. Aussi cherchent-ils tous les moyens possibles pour se procurer ces émotions et éprouvent-ils un besoin pressant, souvent presque irrésistible, de retrouver la cause de cette excitation. De là l'origine du goût pour l'alcool, pour la morphine, pour toutes sortes de poisons. De là ce besoin curieux et bien caractéristique de « faire des sottises, des excentricités, n'importe quoi d'étrange qui nous sorte de notre engourdissement ».

Il arrive souvent que la cause de l'excitation émotionnante est une personne déterminée qui arrive à exciter physiquement et moralement ces engourdis. Il en résulte une passion particulière pour cette personne qui se rapproche des amours précédents inspirés par besoin de direction, mais qui se développe par un mécanisme un peu différent. Ainsi la passion folle, obsédante de Sim... (185) pour un amant ne s'explique guère par le besoin de direction, car cet amant ne la dirige en aucune manière ; mais elle s'explique très bien par la différence que la malade remarque entre le mari et l'amant. « Mon mari ne fait pas travailler ma tête suffisamment, il ne sait rien, ne m'apprend rien, ne m'étonne pas. J'ai besoin qu'on me donne de nouvelles idées, de nouvelles impressions, d'autres émotions. Il ne sait pas me faire souffrir un peu et je ne peux pas aimer quelqu'un qui ne sait pas me

1. *Névroses et Idées fixes*, I, p. 470.

faire souffrir, car j'en ai besoin de temps en temps... L'autre m'étonne par sa froideur, par sa cruauté, par son absence de tout sentiment... Un peu de remords, de crainte, rendait enfin la chose plus pimentée qu'avec le mari et c'est là ce qui me faisait du bien. » La passion également maladive de Nadia pour le musicien X... serait inexplicable si l'on n'y cherchait que le besoin de direction, puisque X... ne lui a jamais parlé et ne pouvait aucunement diriger son esprit. Mais voici un fragment de lettre qui explique très bien cette passion : « Les concerts de X... ont été pour moi une révélation, ils m'ont tellement enthousiasmée que je ne me suis jamais remise de cette émotion : je ne puis pas expliquer l'effet que cela m'a fait. Quand je suis sortie de la salle après le premier de ces concerts, mes jambes et tout mon corps tremblaient tellement que je ne pouvais plus marcher et j'ai passé la nuit à pleurer... Mais je ne souffrais pas ; bien au contraire il me semblait que je sortais d'un rêve qui remplissait ma vie auparavant, que je voyais mieux les choses comme elles sont, que j'étais dans un véritable ciel de bonheur (En un mot, elle éprouve à ces concerts un de ces sentiments d'excitation que Jean appelait un sentiment sublime, elle se trouve relevée au-dessus de son apathie ordinaire). Mon seul espoir pendant des années a été de l'entendre de nouveau et d'éprouver les mêmes sentiments. Je crois, en effet, comme on me l'a tant reproché, que j'ai eu une passion pour lui, mais ma passion n'est pas le même genre de passion de celle des autres personnes, de cela je suis sûre. Il me semblait avoir sur moi une influence surnaturelle et pouvoir seul me tirer de mon rêve perpétuel. » Je trouve cette lettre très intéressante pour expliquer certaines amours platoniques souvent signalées chez les obsédés, il s'agit ici d'une excitation artistique que la malade aspire à retrouver.

L'excitation peut ne pas être produite par une personne réelle et avoir cependant le même résultat. « J'ai très souvent le besoin, dit Gisèle, d'aller voir la statue de Notre-Dame des Victoires ; on dirait que c'est chez moi une manie : c'est que cette statue a une impression spéciale de force, cela me regrimpe de la regarder. » Je signale à sa place avec ces quelques exemples ce singulier besoin d'excitation, nous aurons à le discuter de nouveau à propos des interprétations de la maladie et de ses traitements.

7. — *Le besoin d'aimer.*

De pareils sentiments deviennent facilement voisins de l'amour. Quelques malades y échappent, ils se contentent d'une direction froide ou d'un amour paternel, mais on comprend bien que beaucoup de ces personnes vont transformer ces sentiments en sentiments amoureux, bien entendu en comprenant l'amour d'une certaine manière. Gisèle le sent si bien qu'elle médite perpétuellement sur l'amour, elle devine très bien les différentes espèces d'amour : « l'amour qui donne, c'est celui qui dirige, qui protège et l'amour qui se donne, c'est le besoin de s'incarner en un autre, de se donner, de s'abandonner, de consolider une impression de faiblesse qui cherche une force, c'est un sacrifice de sa personne pour vivre en quelque chose de supérieur. » Or elle avoue très bien qu'elle a le second amour et non le premier, car, suivant une jolie expression qu'elle affectionne, elle a toujours eu « le besoin de se blottir ».

On constate chez elle au suprême degré ce besoin immodéré de confession qui lui fait sans nécessité livrer sa vie entière. A plusieurs reprises elle a essayé de se mettre sous la direction morale et sous la dépendance de quelqu'un, le mari comme toujours lui a semblé insuffisant pour ce rôle : « il ne me comprend pas ». Son rêve « de rencontrer une volonté droite et ferme dont on peut jouir sans mal » a semblé un moment satisfait, quand elle a été dirigée par un prêtre ; malheureusement elle mêlait bien vite à sa docilité d'autres sentiments et il a fallu cesser. C'est le malheur de ces femmes qui cherchent une direction morale et qui trouvent qu'elle se confond trop vite avec l'amour physique. J'ai déjà cité bien des cas de ces personnes qui évidemment ne s'abandonnent que pour obtenir un maître. L'histoire de Sim... est encore typique sur ce point, elle aimait tant à se sentir sous sa dépendance, elle avait tellement besoin d'un maître capable de l'exciter qu'elle a tout fait pour lui plaire, sans même qu'il exigeât beaucoup, tout simplement parce qu'elle espérait le retenir davantage.

Il est curieux de remarquer que ces malades sont quelquefois très supérieurs intellectuellement au maître qu'elles se donnent ; elles sentent bien que c'est un imbécile, mais elles trouvent si doux d'obéir qu'elles ne veulent pas prendre la peine de

juger. Nous retrouvons ce même besoin de direction mêlé d'amour chez New..., chez Bs..., chez Lod... qui a ainsi une passion bizarre pour une jeune fille, il a existé chez Nadia. Elle s'était prise de passion pour un grand musicien qui était devenu son idéal, son dieu, qui représentait pour elle tout ce qu'il y avait de beau, de noble, de grand sur cette terre; elle faisait tout en pensant à lui, elle consentait même à manger. Elle aurait tout sacrifié pour pouvoir le suivre, pour l'avoir à elle toute seule et être son esclave : « la vie n'est rien pour moi si je n'ai pas quelqu'un à admirer, à aimer, à écouter; il me semble que celui que j'aime est comme un bon rocher auquel je suis attachée au milieu d'une mer en tempête ».

Rk.., avoue en gémissant « qu'à 40 ans il cherche encore le parfait ami, qui dirige et qui console, celui que l'on aime plus que tout, un frère cadet qui ait plus de tête que moi ». Wye... a été longtemps un amoureux de collège[1], il a eu des amours fous pour plusieurs de ses camarades dont il voulait faire « ses maîtres bien-aimés »; encore à l'âge de 40 ans, il ne songe qu'à aimer et à rencontrer l'amour. Toujours il est préoccupé de savoir s'il a plu, s'il est aimé ; il ne veut travailler, faire un effort que pour arriver à aimer.

Ce besoin d'aimer me paraît complexe, d'un côté il se rattache, comme on l'a bien vu, au besoin de direction, mais de l'autre il tient au besoin d'excitation. L'objet aimé doit « les amuser, les sortir de leur milieu morne, les relever par un mot aimable ». Mais il doit aussi être une cause d'excitation par le dévouement qu'il réclame. On rencontre souvent de ces individus bizarres qui sans nécessité, sans raison intelligible se consacrent tout entiers au soin d'un malade, à l'éducation d'un idiot, à la consolation d'un affligé. Ces personnes exagèrent leurs soins, elles sont exigeantes et réclament une reconnaissance énorme, elles sont jalouses si quelqu'un approche leur malade. Ces personnes ont un besoin immodéré de se dévouer parce qu'il leur faut la pensée d'un but qui excite leur activité et leur émotion, parce qu'elles ont besoin de se remonter elles-mêmes en se prouvant sans cesse qu'elles sont bonnes, généreuses, utiles.

1. Sur les amours de collège, voir Marro, *Puberté*, traduct., p. 66. Cet auteur qui tient grand compte du côté physique de ces amours ne me paraît pas insister assez sur les besoins moraux que je signale ici.

8. — *Besoin d'être aimé.*

Il me semble cependant que toutes les affections de ces malades ne s'expliquent pas uniquement par ce besoin d'emprunter à autrui une direction ou une excitation. Quand Ku... éprouve un besoin intense d'être aimée par son concierge, quand elle pense avec terreur à une brouille possible avec ses voisins ou à un malentendu avec sa bonne, il ne me semble pas qu'elle veuille comme les précédentes demander une direction ou une excitation à son concierge, à ses voisins ou à sa bonne. Beaucoup de ces malades comme Kl..., Bal..., Voz..., Qsa..., parlent sans cesse de leur besoin « de manières affables autour d'eux, d'un milieu sympathique », ils ont des inquiétudes mortelles à la pensée qu'ils pourraient bien être indifférents ou antipathiques à quelques personnes de leur entourage et alors ils prennent des précautions inouïes « pour ne faire de la peine à personne, pour ne pas déplaire à quelqu'un, pour se faire pardonner ce qu'ils peuvent avoir de déplaisant. » Wye... se demande avec angoisse quel a été son effet sur les personnes du salon, si tout le monde le trouve aimable ; il serait au désespoir d'avoir, je ne dis pas froissé quelqu'un, mais d'avoir déplu à quelqu'un. « Un visage mécontent me met au supplice et m'enlève toutes mes forces. » Lrm... (232) avoue « qu'il n'a jamais pu supporter la pensée que quelqu'un était fâché contre lui, il voudrait être convaincu de la sympathie de tous, vivre dans une atmosphère de sympathie. »

Ce sentiment n'est évidemment pas identique au précédent, les malades ne demandent rien aux personnes qui les environnent, mais je crois qu'ils craignent quelque chose. Ils craignent une hostilité, une lutte qui exigerait de leur part des efforts. « Dans ce besoin de sympathie universelle, me disait très bien Voz..., un jeune homme de 22 ans, il y a tout simplement la peur d'avoir à se battre, n'est-ce pas horrible de sentir qu'on est en concurrence avec quelqu'un. »

Ce sentiment se manifeste souvent dans les rapports des maîtres avec les domestiques. Un très grand nombre de ces malades ont pris l'habitude de ne jamais parler eux-mêmes à leurs domestiques : Qsa... prend toujours sa femme comme intermédiaire pour leur demander la moindre des choses. C'est évidemment la

peur de rencontrer des résistances, d'avoir à commander, à lutter qui intervient dans ces cas.

Bien entendu cette crainte de la lutte peut se mêler avec tous les sentiments précédents et constituer certains « besoins d'être aimé » plus ou moins complexes. Voici l'expression touchante d'un de ces sentiments : « Mon rêve, dit Qi... femme de 35 ans, serait d'être une jeune fille phtisique. Être poitrinaire, que ce serait charmant ! On donne aux poitrinaires tout ce qu'ils veulent, on les gâte, on n'exige rien d'eux avec des airs méchants. Je voudrais tant être aimée ainsi, et surtout qu'on me le dise tout le temps, qu'on me le fasse sentir, qu'on me force à croire que c'est bien vrai. »

9. — *La crainte de l'isolement.*

Un autre aspect de ces mêmes sentiments sera la crainte de l'isolement. J'ajoute seulement quelques exemples aux cas que j'ai déjà signalés dans un autre travail. Dob... (86) explique ainsi sa maladie : « mes souffrances viennent d'un manque de satisfaction du cœur... tous les actes deviennent faciles avec quelqu'un près de soi et impossibles quand on est seul. »

Pou... est si malheureuse quand elle est seule qu'elle cesse de manger et ne mange qu'en société. On pourrait énumérer toute une série de ces femmes : Lkb..., Fy..., Vl..., Mm..., etc., qui gémissent de leur isolement. « Leur mari ne leur parle pas assez, il est sombre, il ne cause pas assez, il ne le comprend pas : si je le craignais un peu, cela vaudrait plutôt mieux : on ne peut pourtant pas vivre seule. » « Quand je suis seule, dit Qi.., je marche dans le vague, il me semble que je n'ai plus d'idées, que tout devient drôle et j'ai peur de tout et de tous. »

Ce que ces personnes redoutent quand elles ont peur d'être seules c'est de se trouver sans direction, sans excitation et sans protection.

10. — *Le retour à l'enfance.*

Un degré de plus et ces sentiments s'exagèrent, jusqu'à donner au caractère un aspect bien singulier : ces personnes jouent une sorte de comédie, ils se font petits, naïfs, câlins, ils jouent l'ignorance complète et aiment à passer « pour un peu bébêtes ».

C'est qu'ils veulent être dirigés encore plus étroitement que les autres, c'est qu'ils désirent aussi une direction douce qui les amène à tous les actes, à tous les plaisirs en aplanissant les voies. Ils veulent que non seulement on leur indique les actes à faire, mais qu'on les amuse, qu'on les distraie, qu'on les fasse jouer aussi bien que travailler ; en un mot ils veulent qu'on les traite comme des petits enfants et ils essayent de mériter ce traitement.

Min..., à 20 ans, ne quitte pas les jupons de sa mère et « il veut qu'elle le gronde comme son bébé. » Ger..., à 35 ans, réclame « une pension d'enfants, c'est là qu'elle serait le mieux ». Gisèle, à 27 ans, aime « à faire l'enfant avec les gens, c'est un pli qu'elle prend bien facilement ». Gr..., femme de 40 ans, avoue elle-même qu'elle a besoin de se croire à l'âge de 16 ans, qu'il lui faut toujours ses parents auprès d'elle comme auprès d'une petite jeune fille. C..., femme de 25 ans, voudrait que l'on s'occupât d'elle constamment comme d'un petit enfant, il ne lui semble pas qu'elle ait grandi. On a déjà vu ce caractère chez Nadia à propos de la honte du corps : si elle a peur de se développer, de voir sa poitrine grossir, ce n'est pas, comme on le croirait, par pudeur, c'est qu'elle a peur de paraître plus âgée, de ne plus être traitée en toute petite fille, de ne plus être aimée comme une enfant ; quoiqu'elle ait trente ans, elle ne peut croire qu'elle ait plus de 15 ans et, on obtient tout d'elle en la traitant en petit enfant. Au fond c'est le même besoin qui existe chez Jean, il veut non seulement qu'on le dirige, mais il veut qu'on lui dicte tout : « il lui semble qu'il serait si heureux s'il était comme un petit enfant sur les genoux d'une grande personne ».

L'observation la plus remarquable est celle de Qi... (188), femme de 35 ans, qui est poursuivie par le désir de sauter à la corde, de couper ses cheveux courts, de les laisser flotter dans le dos et qui rêve d'être appelée « Nénette ». Évidemment il y a là une obsession, mais elle s'est développée sur le caractère précédent : « On aime un enfant pour ses espiègleries, dit-elle sans cesse, pour son bon petit cœur, pour ses gentillesses, et que lui demande-t-on en retour, de vous aimer, rien de plus. C'est là ce qui est bon, mais je ne puis pas dire cela à mon mari, il ne me comprendrait pas. Tenez, je voudrais tant être encore petite, avoir un père ou une mère qui me tiendrait sur ses genoux, me caresserait les cheveux... mais, non, je suis Madame, mère de famille,

il faut tenir son intérieur, être sérieuse, réfléchir toute seule, oh quelle vie ! »

11. — *L'amour de l'honnêteté.*

D'autres sentiments dérivent de ceux-ci. Je n'insiste pas dans ce travail sur les sentiments mystiques, car je compte reprendre leur étude dans un travail sur les extatiques. On comprend que le besoin de direction et la recherche l'excitation par l'étrange, le mystérieux conduise aux sentiments religieux, amène à s'abandonner amoureusement à la divinité. On retrouve souvent le germe de pareils sentiments chez des scrupuleux bien loin de l'état extatique, nous avons vu Gisèle chercher de l'énergie dans la contemplation d'une statue de la Vierge. Bal..., Fy... se plaisent dans la pensée de la mort et de l'autre vie « où le bon Dieu recueille les petites âmes ». Ces sentiments, en se développant, donnent à la maladie un caractère un peu spécial.

Dans ce travail je signale surtout les sentiments d'honnêteté parce qu'ils ont un rapport plus étroit avec les obsessions criminelles qui sont l'objet de cette étude. On est frappé de constater chez les individus de ce groupe des sentiments moraux extraordinairement développés. Ils tiennent énormément à être très sincères, Rk..., Nadia ont l'horreur du mensonge et protestent avec indignation dès qu'on peut les soupçonner d'une petite fausseté. Il est évident que Nadia ne comprend pas les complaisances sociales qui obligent souvent à farder la vérité : elle s'en indigne outre mesure. On est frappé de l'honnêteté de Toq..., de Brk... « Je n'ai pas de mérite à être honnête, dit celle-ci, si quelque chose dans ma conduite déplaisait à ma conscience scrupuleuse je serais trop malheureuse, la vie me serait trop pénible. » Kl..., Bal... ont pour un rien le sentiment de la justice violée. Voz... ne peut pas se résigner à être reçu à un examen, tandis qu'un autre de ses camarades est refusé, parce que cela ne lui semble pas absolument juste. Sur ce point l'état d'esprit des scrupuleux justifie leur nom.

Que faut-il penser de ces beaux sentiments de justice ? Ne pourrait-on pas songer que la justice est surtout utile aux faibles et que l'honnêteté est surtout nécessaire à ceux qui ne veulent avoir d'affaires avec personne ? N'est-ce pas trop rabaisser ces

beaux sentiments que de remarquer leur rapport étroit avec le besoin d'être protégé et la crainte de la lutte ?

12. — *Le besoin d'autorité.*

Un sentiment plus curieux qui semble au premier abord en contradiction avec les précédents c'est le besoin excessif d'autorité et de commandement. Ce sentiment et cette tendance caractérise ce qu'on appelle « des autoritaires ». Ils nous semblent avoir été très peu analysés et être en général très mal compris par les psychologues.

Constatons d'abord qu'il existe très fréquemment chez les individus névropathes, plus ou moins obsédés et qui ont précisément toutes sortes de troubles de l'attention et de la volonté. Nadia dans sa famille était devenue tout à fait intolérable : depuis son enfance elle se vantait de n'obéir à personne et de faire obéir tout le monde. « Personne au monde ne réussira à avoir de l'influence sur moi ; je suis née avec un caractère très dominateur. » Depuis la mort de sa mère qui la dirigeait encore un peu, elle tourmentait affreusement son père et ses sœurs, elle exigeait d'eux une obéissance de tous les instants à ses caprices ridicules ; elle avait évidemment une tendance à leur imposer la même vie absurde qu'elle avait adoptée pour elle-même. Elle ne permettait pas à ses sœurs de recevoir une visite, de s'habiller pour sortir : un peu plus elle leur aurait imposé le même régime alimentaire qu'elle avait choisi. Quand on lui résistait quelque peu, elle accusait tout le monde d'injustice, de cruauté envers elle et se livrait à des scènes de violence. Gisèle et Sim... ont la même prétention singulière, c'est de dominer absolument leur mari, de lui faire faire tout ce qu'elles veulent, de régler toute la maison conformément à leurs caprices : elles sont convaincues, bien à tort cependant, que le mari n'a aucune volonté, aucune énergie et qu'il est parfaitement incapable de leur résister. D'ailleurs elles montrent dans l'organisation de la maison une activité dévorante, courant partout, s'occupant de tout, dictant à chacun ses actions, son attitude, jusqu'à ses idées. « Elle ne peut pas tolérer, me disait le mari de l'une d'elles, chez moi, chez ses enfants, chez aucune des personnes qui l'approchent un mot, un geste qu'elle n'ait pas dicté. » Je retrouve le même caractère chez Fy... (34) et chez beaucoup d'autres. J'ai été étonné de le

rencontrer sinon chez les malades elles-mêmes au moins chez les parents, chez la mère surtout des malades à un tel point que j'ai été disposé à dire : « mère autoritaire, fille scrupuleuse ». La mère de Ku..., de Zo..., de Sim... elle-même, semblent avoir ce même égoïsme implacable qui commande jusqu'aux plus petits détails et qui en même temps inspire une ardeur infatigable à s'occuper ce ces petits détails qu'on exige.

D'ailleurs ces autoritaires formeront deux groupes dont la distinction offre ici peu d'intérêt : l'autoritaire violent qui veut imposer ses pensées et ses caprices par la force et l'autoritaire doux qui exige en gémissant au nom du respect, de l'affection qu'on lui doit, qui déclare à chaque instant qu'on le fait mourir de chagrin si on montre la moindre indépendance.

A côté de ce besoin de commander il y a très souvent un besoin de tourmenter les autres, de les humilier, de les faire souffrir. Beaucoup de ces femmes ne peuvent s'empêcher de dire sans cesse des choses désagréables à leur mari ou à leur fille, surtout quand il y a des témoins et qu'elles peuvent réussir à blesser leurs victimes. Elles n'ont de cesse qu'elles ne les aient troublées et elles sont enchantées si elles les voient pleurer : « Oh ! si vous saviez comme j'aime à faire souffrir mon mari... quand j'ai besoin de le raimer, je le tourmente tant et tant qu'il finit par tomber dans le panneau et qu'il pleure... alors je me repens, je l'embrasse, je le radore et c'est charmant. »

Ces caractères ont beaucoup attiré mon attention, et au début ils me paraissaient fort inexplicables, en contradiction avec ce que je savais de la volonté faible de ces malades, avec ces innombrables besoins de direction, besoins d'être aimé qui caractérisaient les mêmes scrupuleux. Le plus étrange, en effet, c'est que ces deux besoins en apparence contradictoires coïncident très souvent chez la même personne. Chez Sim... et chez Gisèle on voit cette folie de commander, mais en même temps on observe un besoin également fou d'être aimé par tout le monde, et un désespoir quand les personnes tourmentées par elles ne manifestent pas en retour une grande affection. La mère de Sim... battait ses enfants si elles avaient eu quelque indépendance dans un minuscule détail et l'instant suivant se mettait à pleurer parce que ses enfants ne paraissent pas l'aimer suffisamment. Quand ces malades ont adopté une victime pour la tourmenter particulièrement, il n'est pas difficile de voir que cette victime est précisément la per-

sonne qu'elles aiment le plus et dont elles désirent le plus vivement être aimées.

Bien mieux, ces mêmes malades nous ont déjà présenté la folie de l'obéissance. Nadia quand elle m'eut connu quelque temps me fit un jour un compliment qui m'a beaucoup flatté : « Vous êtes une personne encore plus entêtée que moi, je n'aurais pas cru que cela fût possible. » Elle est enchantée de l'avoir trouvée cette personne, non seulement elle lui obéit mais elle veut lui obéir encore plus comme un petit enfant, tandis qu'elle reste extrêmement exigeante vis-à-vis de son père et de ses sœurs. Sim... se donne à un amant pour avoir un maître et elle est enchantée de son incroyable dureté. Nous avons vu Gisèle chercher un maître en se confiant à un prêtre. On trouvera simultanément chez ces personnes un autoritarisme effréné pour une partie de leur famille et une soumission ridicule vis-à-vis d'un fils ou d'un étranger.

Ces caractères nous montrent qu'il ne s'agit pas là d'une véritable puissance de la volonté. Les grands volontaires sont des chefs, et ne sont pas des autoritaires : tout le monde en a senti la différence. Ils commandent les grandes choses, en inspirant une direction générale à la conduite et surtout en commandant d'une façon avantageuse pour leurs subordonnés ; les autoritaires commandent dans les petites choses plus que dans les grandes, ne donnent aucune direction générale et laissent trop voir que le commandement a toujours pour objet leur propre intérêt et non celui des sujets.

L'une des raisons de ce commandement me paraît être exactement la même que la raison de leur obéissance, c'est la difficulté de leur adaptation au monde réel. Ce sont des gens d'activité mentale faible, pour qui tout effort nouveau d'adaptation, d'organisation est pénible et qui cependant éprouvent au suprême degré le besoin d'une vie adaptée et ordonnée. Ils veulent que les autres fassent leur besogne ou du moins leur facilitent la tâche. Au lieu de se modeler sur le milieu ambiant comme fait l'être qui s'adapte, ils veulent que le milieu ambiant se modèle sur eux, pour qu'ils n'aient pas à s'adapter. Nous avons vu que le milieu le plus embarrassant pour le scrupuleux est le milieu social ; les variations du milieu social causent ses timidités et toutes ses crises d'angoisse. C'est ce milieu social qu'il veut modeler sur lui-même et

dont il exige la parfaite conformité avec ses propres manières d'être.

Voici des exemples exagérés qui feront comprendre ma pensée. Bow... (76) est à son bureau et essaye de fixer son attention sur une lecture : le voici qui entre dans une crise de fureur parce qu'il entend une domestique qui balaye une pièce à côté. Le bruit du balai le distrait et évoque dans son esprit des images d'une autre action que sa lecture et en raison de sa faiblesse d'attention l'empêche de lire. Il veut édicter que dans la maison tout le monde doit lire en même temps que lui. Vk... ne peut plus arriver à se laver les mains, parce que de sa chambre elle entend la cuisinière qui fait couler de l'eau sur l'évier : « que peut-elle faire de cette eau ? Quelque chose de sale assurément. Cela me donne des idées d'eau de vaisselle, de graillon et vous comprenez bien que cela m'empêche de prendre l'idée que mes mains sont propres. Je voudrais si cela était possible, que tout le monde dans toute la maison, du haut en bas, fasse des choses propres, quand je cherche à me laver les mains. » Ces deux cas me plaisent beaucoup, car ils me semblent expliquer le mécanisme de l'autoritarisme. Ces faibles d'esprit ne peuvent pas faire une chose, croire à une chose, jouir d'une chose, si les autres hommes en font en même temps quelque autre, en croient quelque autre, si d'autres hommes ont une autre jouissance. De là ce besoin d'imposer l'uniformité ; de là aussi ce mélange étrange du besoin d'être dirigé, aimé, associé au besoin de commander. Ce sont deux méthodes qui se superposent et ne se contredisent pas pour arriver à l'adaptation vitale. Par l'autoritarisme on cherche à rendre le milieu homogène et par l'obéissance on cherche à se faire adapter aux variations que le milieu a conservées.

M. Murisier, dans son excellent petit livre sur la pathologie du sentiment religieux[1], explique très bien d'une manière analogue la formation du fanatime religieux. Des esprits faibles ne se sentent pas rassurés dans leur propre croyance, se sentent ébranlés dans leurs prétendues convictions quand ils voient à côté d'eux des gens qui croient autrement. Ils ont besoin de les faire disparaître soit en les convertissant, soit en les détruisant pour pouvoir croire tout à leur aise. Ce n'est pas la foi religieuse qui a allumé les bûchers du moyen âge, le véritable croyant assiste indifférent

1. E. Murisier, *Les Maladies du sentiment religieux* (Paris, F. Alcan), 1901.

aux négations d'autrui : c'est le doute religieux ou plutôt c'est la terreur du doute religieux, qui a inspiré les fanatiques. Je suis heureux en retrouvant le phénomène voisin de l'autoritarisme chez de véritables malades atteints cette fois d'un délire du doute évident de compléter cette interprétation.

D'autres raisons interviennent encore dans le besoin de commander et d'être obéi, dans le besoin de tourmenter et de faire souffrir. Ces attaques contre des personnes très aimées méritent le nom de *taquineries* et je suis étonné que les psychologues et les moralistes n'aient pas été tentés davantage par l'analyse de ce phénomène si remarquable de la taquinerie. Ces malades toujours mécontents d'eux-mêmes, doutant de leur force et de l'affection que les autres ont pour eux sentent le besoin d'expérimenter perpétuellement pour vérifier l'une et l'autre. Ils exigent sans cesse pour avoir la satisfaction d'être obéis et de se sentir puissants ; ils cherchent à humilier ceux qu'ils estiment fort au-dessus d'eux pour se relever eux-mêmes ; ils sont heureux de faire souffrir ceux qu'ils aiment le plus pour constater qu'ils ne leur sont pas indifférents, qu'ils peuvent les blesser et qu'ils sont aimés tout de même. Ces singuliers sentiments jouent un rôle énorme dans le délire de persécution, il ne faut pas oublier qu'ils ont aussi leur place dans l'état mental du scrupuleux et qu'ils expliquent des conduites et des caractères en apparence incompréhensibles.

Tous ces troubles de sentiments se rattachent les uns aux autres, leur ensemble vient compléter le tableau des troubles que la volonté et l'intelligence nous avaient déjà présenté d'une manière plus objective.

TROISIÈME SECTION

LES INSUFFISANCES PHYSIOLOGIQUES

Beaucoup de psychasthéniques préoccupés de leurs obsessions, de leurs manies mentales ou de leurs phobies ne se plaignent que de symptômes psychologiques et l'observateur pourrait être disposé au premier abord à croire simplement à une maladie de l'esprit. Certains malades, au moins pendant un certain temps, justifient cette illusion. Rk... est un homme de 40 ans, grand, fort, le teint frais, sans troubles physiologiques apparents, il n'a que des scrupules et des manies de recherche qui suffisent à le torturer. Mais c'est là une exception très rare et peut-être plus apparente que réelle; le plus souvent un examen attentif revèlera une foule de troubles physiologiques qui font de l'état psychasthéniques une maladie de tout l'organisme.

On ne saurait trop insister sur ce point essentiel : les obsédés par leur bavardage, par la description interminable de leurs pensées extraordinaires détournent le médecin de l'examen organique qui ne devrait jamais être négligé. Leur aspect physique est presque toujours caractéristique : ils sont très souvent amaigris, ils sont pâles et ont les traits tirés, leur peau sèche a un mauvais aspect, leur langue est saburrale, leur haleine est mauvaise et presque toujours cet aspect physique se modifie complètement en même temps qu'ils retrouvent le calme de l'esprit. En un mot, quelle que soit l'interprétation que l'on donne de leur état mental, il ne faut pas oublier qu'il sont surtout et avant tout des malades.

1. — *Troubles des fonctions nerveuses.*

Sans doute tous les troubles précédemment étudiés, obsessions, agitations, insuffisances psychologiques étaient en rapport avec

des troubles, des fonctions cérébrales, mais ils constituaient surtout des troubles psychologiques. Il faut placer à côté des troubles des fonctions physiologiques du système nerveux, troubles encore peu connus mais qui serviront sans doute plus tard pour interpréter les précédents.

1. — *Céphalalgies et rachialgies.*

Un premier fait, des plus importants, nous montre que ces troubles de l'esprit sont en rapport avec un fonctionnement anormal, une altération pathologique du cerveau. Ce sont les douleurs que la plupart des malades ressentent dans la tête.

Ces douleurs sont toujours situées par eux dans la tête, mais là s'arrête leur accord : il y a une diversité surprenante dans la description des formes ou des modalités de cette douleur et dans le siège qu'ils y attribuent. Il est bien probable que dans ces descriptions imagées il y a beaucoup de choses insignifiantes. On s'en rendra compte plus tard, quand on saura la véritable raison de ces douleurs, nous en sommes encore à la période empirique des anciens médecins qui notaient avec précision les caractères du pouls capricant et du pouls duriuscule, nous sommes obligés de recueillir telles quelles les expressions des malades.

Si nous nous occupons en premier lieu de la forme, des modalités de la douleur, nous avons d'abord ceux qui ont peu d'imagination et qui disent simplement qu'ils ont mal à la tête, qu'ils ressentent une gêne, une douleur plus ou moins grave dans la tête. Nous aurons ensuite ceux qui parlent d'engourdissement : « j'ai la cervelle paralysée » (Bsn... 10). « J'ai la tête engourdie » (Claire) « Il y a un coin de ma tête qui est engourdi et qui a envie de dormir » (Vod... 203), « J'éprouve une sorte de torpeur (Dob... 86) ».

Un certain nombre de malades se plaignent de phénomènes de mouvement dans la tête « il y a comme des corps étrangers qui courent sous la peau du crâne, et à l'intérieur des effets bizarres, des contractions, des torsions, des écartements qui poussés à un certain point sont tout à fait angoissants » (Gisèle). Jean sent « comme s'il avait des objets qui tournent dans le cerveau sans qu'ils puissent les arrêter, des roues, des poulies, des ailes de moulin; il ne voit rien, il n'entend rien, il sent qu'il y a une petite poulie qui tourne ».

D'autres sensations peuvent être comparées à des démangeai-

sons : « il me semble, dit Mt... (12), que l'on m'arrache des mucosités sur le sommet de la tête ou bien je sens comme des fourmis sur la tête. » Ck... sent des tiraillements au-dessus du crâne « comme si un fil invisible le coulissait.

Nous arrivons aux malades très nombreux qui traduisent leurs impressions par des sensations sonores et qui ont des bruits, des craquements dans la tête (Lap..., Qb... 14), des crépitements (Gisèle). L'observation la plus intéressante à ce point de vue serait celle de Fz... (59) à laquelle je renvoie : il a toujours des bruits dans la tête tantôt très forts quand il a subi une fatigue quelconque, sifflets de chemin de fer, coups de pistolet, cloches, ou bien quand il est reposé, des bruits plus faibles, une cascade d'eau, le train qui passe, l'eau bouillante, le chant de la cigale : depuis quatre ans ces bruits n'ont jamais cessé. Il ne faut pas confondre ces bruits avec les bourdonnements ou les sifflements qui résultent des véritables maladies de l'oreille et surtout de la sclérose de l'oreille moyenne, car ces personnes n'ont aucun des signes d'une lésion de l'oreille. J'ai tenu à faire examiner avec grand soin le dernier malade Fz... par M. Gellé qui m'a assuré que l'oreille était intacte. D'ailleurs ces bruits ne sont pas situés dans les oreilles mais dans la tête, c'est encore, si je ne me trompe, une interprétation analogue aux précédentes des mêmes phénomènes cérébraux.

Je signale aussi les impressions de froid (Gisèle) qui dure pendant des heures ou celles plus fréquentes de chaleur anormale. « On me dessèche le cerveau en le chauffant (Dob...). »

Parmi les impressions plus fréquentes encore il faut noter celle de pesanteur : « c'est une barre pesante sur la tête, un bandeau, une couronne de plomb, une meurtrissure par un poids, une brique lourde (Gisèle, Dob..., etc.), une brique lourde en travers de la tête (Lag..., Qb...). » C'est, en un mot, le casque classique des neurasthéniques.

La plus intéressante des expressions, celle qu'on retrouve à peu près chez la moitié des malades, seule ou surajoutée aux aux autres est celle de vide. « Ma tête est vidée » Al... 15, Day..., Lobd... 22). « Ma tête est vide, dit Ver..., c'est comme si je n'avais pas de tête ou plutôt rien dans la tête. » Lise prétend qu'elle a « besoin de combler ce vide avec ses idées » et Claire soutient que « la tête est vide et en même temps remplie par un caillou pesant, ce sont les mauvaises idées qui forment ce

caillou au milieu du vide », on remarque l'analogie entre ces deux malades.

Après la forme de cette douleur ce qui est très intéressant à relever c'est sa localisation. Remarquons d'abord qu'elle est très rarement latérale ; je n'ai remarqué qu'un petit nombre de malades prétendant souffrir plus d'un côté que de l'autre : Vod... (203), Claire, Lise, disent quelquefois qu'elles souffrent, qu'elles sont engourdies, qu'elles ont des brûlures surtout à droite. Gisèle sent un liquide qu'on injecte à droite, Fz... a plus de bruits à droite, la tête semble à Lise grossir à droite. Deux de ces malades : Claire et Lise, avaient déjà certains troubles légers de la sensation cutanée situés également à droite, on ne peut donc pas faire intervenir ici le croisement des pyramides.

Quelquefois la douleur est générale dans toute la tête, souvent elle est plutôt superficielle. Lise remarque que ce n'est pas très profond, il lui semble que cela descend à mesure qu'elle est plus malade. Mais la plupart des localisations dans l'immense majorité des cas se font sur la ligne médiane.

Nous avons d'abord un premier groupe de malades qui situent cette douleur sur le front, le malade de Ball disait déjà qu'il avait une gêne sur le front, entre les yeux, au haut du nez, Fie... a une compression au milieu du front, Brk... (24), Vod... ont un poids entre les yeux sur la racine du nez, comme un frein que l'on serre, Car... (176) une brûlure au front, au-dessus des sourcils, elle croit aussi à une prédominance à droite.

Une localisation déjà beaucoup plus fréquente c'est celle du vertex, la douleur est analogue au fameux clou des hystériques. Lobd... (22) se demande si sa mère ne lui a pas donné des coups à cet endroit quand elle était petite, elle a remarqué elle-même que c'était la place de la fontanelle des petits enfants. Vod..., Claire ont « la tête tout écalée à cet endroit », Lise y sent comme une grosseur, etc. On pourrait évidemment citer à propos de la douleur du vertex un bon tiers des malades.

Nous arrivons à la localisation de beaucoup la plus fréquente : la localisation occipitale. Tantôt elle est vague, « je souffre en arrière de la tête » (Brk...), « j'ai une calotte de plomb en arrière » (Vi...) « c'est le derrière de la tête ma région mauvaise où il y a une griffe, un poids et où se font entendre tous mes bruits » (Fr...). Mt..., Jean, Cs..., Gisèle localisent leurs phénomènes bizarres

en arrière, à l'occiput. Tantôt la localisation occipitale présente un peu plus de précision ; beaucoup de malades comme Gisèle, Voz... (122), Rai... désignent avec le doigt un point situé sur la ligne médiane à quelques centimètres au-dessus de la bosse occipitale et qui me paraît correspondre au point lambda des anatomistes, au point de rencontre des sutures occipito-pariétales. Fy... prétend même qu'elle a eu longtemps comme des petits boutons à ce point et Bei... prétend que ce point se creuse sous les coups de marteau qu'elle y ressent perpétuellement. Cette localisation me paraît chez les scrupuleux encore plus fréquente que les précédentes et je crois qu'elle existe dans près de la moitié des cas.

On ne peut guère avoir la prétention d'expliquer actuellement le mécanisme de ces douleurs bizarres, il n'est pas vraisemblable que les malades apprécient directement par des sensations l'état de leur substance cérébrale, ils ne l'apprécient qu'indirectement par la conscience de leurs opérations mentales, ce qui fait naître tous les sentiments anormaux que nous avons décrits. Je ne crois pas que l'on puisse expliquer la sensation de vide par la perte de certaines sensations produites normalement par le cerveau lui-même. Sur Ver... qui présentait cette impression au suprême degré, je n'ai pu constater aucun trouble des sensations que procure d'ordinaire la tête : il n'y a aucune anesthésie des téguments du crâne et il ne semble pas non plus avoir des troubles des sensations du poids de la tête. Le malade sent très bien un poids que je mets sur sa tête, il discerne les yeux fermés les inclinaisons que je communique à sa tête. Autant que l'on peut le dire, il me semble aussi qu'il a conservé une certaine sensibilité interne : j'ai essayé de le placer pendant quelque temps la tête en bas, il sent comme tout le monde l'afflux du sang, la chaleur et la pesanteur de la tête. Pour vérifier davantage la sensibilité de la surface cérébrale il faudrait lui ouvrir la tête, mais ces observations suffisent pour que l'on puisse considérer comme tout à fait hypothétique l'interprétation qui attribue dans ces cas ce sentiment de vide à une anesthésie cérébrale spéciale : il ne faut pas résoudre les problèmes par des anesthésies invérifiables et imaginaires.

Un malade, Ll... (226), me suggérait sa propre explication qui m'a paru intéressante : « quand nous disons que la tête est vide ce n'est pas que nous sentions quelque chose de particulier en dedans, c'est que nous sentons d'une manière douloureuse les enveloppes

du cerveau, le crâne et la peau, cette sensation anormale du crâne attire l'attention sur la périphérie et nous fait remarquer le vide en dedans. Quand je ne sens plus mon crâne, je n'ai plus l'idée de vide. » L'explication de ce malade vaut au moins autant que la plupart de celles qui ont été proposées.

Il semble aujourd'hui probable que la sensibilité intracrânienne n'existe que dans les méninges, dans le périoste et dans les os du crâne ; il en résulte que la plupart des maux de tête sont dus à des modifications qui atteignent les méninges et en particulier, comme les belles études de M. Sicard viennent de le montrer, à des modifications dans la tension du liquide céphalo-rachidien. Il faut donc supposer que, soit en raison de troubles sécrétoires ou de troubles vaso-moteurs, le liquide céphalo-rachidien est en quantité exagérée ou insuffisante ; cette supposition n'a rien d'absurde si on songe à tous les troubles sécrétoires et vaso-moteurs que nous allons observer du côté de la peau, des muqueuses et surtout de l'estomac. Pourquoi les petites glandes récemment découvertes et qui sécrètent le liquide céphalo-rachidien ne seraient-elles pas également troublées ?

Cette modification de la tension du liquide céphalo-rachidien est aussi probablement en rapport avec des troubles circulatoires. Angel, en 1884, rapportait les vertiges de la neurasthénie à des congestions d'origine vaso-motrice[1] et il démontrait la surdistension du sang dans le cerveau, par l'étude d'un trouble vaso-moteur observé à la périphérie sur lequel nous reviendrons à propos de la circulation. L'affaiblissement du tonus artériel amènerait des dilatations fréquentes des vaisseaux cérébraux. Cela expliquait comment l'écoulement des règles, le sommeil qui détermine l'anémie peuvent amener souvent la diminution de ces maux de tête, le repos agit dans le même sens en produisant une dérivation et en relevant le tonus artériel. Le travail cérébral augmente la céphalée en déterminant un accroissement de la congestion.

M. Auguste Voisin[2], puis plus récemment M. Lubetzki[3], ont

1. Angel, Experimentelle zur Pathologie und Therapie der cerebralen Neurasthenia. *Arch. f. Psych.*, Berlin, 1884, XV, p. 618.

2. A. Voisin, Étude sur la température des parois du crâne. *Congrès international de médecine mentale*. Paris, 1878. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1883, p. 109.

3. Lubetzki, *Recherches cliniques et expérimentales sur la cause de la céphalée neurasthénique*, Thèse, Paris, 1899.

cherché à préciser ces actions par des études de thermométrie cérébrale. Par l'emploi d'un thermomètre de surface très sensible, ils ont cherché à établir les points suivants : 1° que la température des parois du crâne chez les neurasthéniques à céphalée est sensiblement plus élevée que celle que l'on observe chez les individus bien portants, cette élévation pouvait atteindre plus de 2 degrés ; 2° Que chez les neurasthéniques sans céphalée, l'élévation de la température n'est pas bien appréciable ; 3° Qu'en général le thermomètre indique chez le même individu une température plus élevée là où siège le maximum de la céphalée. 4° Que lorsque la céphalée diminue, la température diminue également[1]. Malheureusement ces mesures sont très discutables. M. François-Franck faisait déjà observer il y a quelques années qu'il fallait une augmentation énorme de la température cérébrale pour déterminer en dehors du crâne une modification appréciable au thermomètre.

Si ces observations encore isolées étaient confirmées, elles justifieraient notre interprétation générale que les céphalées sont dues à des modifications de la pression du liquide céphalo-rachidien, elles-mêmes dépendantes de troubles sécrétoires et circulatoires. Les céphalées resteraient sans doute une conséquence de l'engourdissement fonctionnel des centres nerveux, mais une conséquence très indirecte et non une sensation immédiate de cet engourdissement.

Quant aux formes variées que le malade attribue à ses douleurs cérébrales, nous ne sommes pas capables de les expliquer complètement, elles doivent dépendre du degré de ces modifications de la pression intra-cérébrale et d'une foule de sensations concomitantes. Des contractions musculaires de tous les muscles qui s'insèrent sur le crâne et qui déterminent des douleurs siégeant dans leurs tendons, des troubles de la vue ou des muscles moteurs de l'œil, des troubles de l'ouïe et en outre des sentiments variés d'incomplétude, de bizarrerie, d'isolement, viennent se joindre dans l'esprit du sujet à la sensation principale de douleur et déterminent ces nuances variées de la céphalée qu'il aime à exprimer par des métaphores et des symboles.

Quant à la localisation, j'ai déjà eu l'occasion d'exprimer quelle

1. Lubetzki, Thèse, 1899, p. 33.

était mon opinion à ce sujet[1], je ne puis pas croire que l'homme ait conscience de la place de ses diverses circonvolutions et qu'il ressente une douleur à la place de la circonvolution qui fonctionne le moins bien. Il s'agit là d'une localisation beaucoup moins importante : le malade sent une douleur vague qui a son point de départ principal dans les méninges et il la localise vaguement à l'endroit du crâne qui est le plus en rapport avec elles et qui a conservé la plus grande sensibilité. J'ai eu l'occasion de refaire sur Ll... (226) qui avait un beau crâne chauve, une expérience que j'ai déjà décrite, qui consiste à rechercher centimètre par centimètre la sensibilité de la peau du crâne à la douleur. En employant mon algésimètre à ressort, j'ai constaté que le crâne est en général peu sensible, il faut que l'instrument marque de 25 à 30 pour que le malade reconnaisse une piqûre. Or, il y a deux régions assez petites qui tranchent très nettement sur l'ensemble par leur sensibilité ; c'est justement le vertex et le point lambda où l'aiguille ne marque plus que 10 ou 15. Ces deux régions sont celles des fontanelles : est-il impossible que l'absence de tissu osseux pendant plusieurs années de l'enfance, le petit mouvement que les fontanelles ont pendant la respiration de l'enfant, la suture longtemps incomplète et la présence du périoste conservent à ces endroits cette sensibilité exagérée. Ce serait en raison de cette sensibilité que le malade localiserait à ce point une douleur ressentie d'une manière vague.

Bien entendu il faut tenir compte d'une foule de circonstances accessoires qui, en attirant l'attention, déterminent la localisation à un point plutôt qu'à un autre. E..., garçon de 15 ans (tics et manies mentales), a une cicatrice au sommet du front, à gauche, résultat d'une petite blessure déterminée par une chute dans la première enfance ; la figure 22 représente un schéma dont je me suis souvent servi pour noter la place attribuée par les malades à leurs céphalées, la croix indique l'endroit de cette petite cicatrice, légère d'ailleurs et non adhérente à l'os. Le malade a pris l'habitude de localiser à ce point anormal tous ses maux de tête. La sécheresse des narines,



Fig. 22. — Schéma de la localisation de la céphalalgie.

1. *Névroses et Idées fixes*, II, p. 118, 319, 452.

la gêne de la respiration, des crampes du muscle frontal ou du muscle occipital et des muscles de la nuque déterminent chez les autres malades la localisation en avant et en arrière.

A ces douleurs cérébrales il faut joindre les douleurs dans les vertèbres lombaires, la rachialgie. Ce symptôme ne me semblait pas avoir un grand intérêt, mais j'ai été étonné de voir que quelques auteurs lui donnaient une certaine importance pour diagnostiquer la neurasthénie de ce qu'ils appelaient la névrose d'angoisse [1].

J'étudierai plus tard cette question de diagnostic, pour le moment je remarque seulement que la rachialgie est fréquente chez les malades que j'ai observés, quelle que soit la forme de leurs troubles psychasthéniques. Wo..., qui a des manies de la recherche et des obsessions sacrilèges ou criminelles la présente comme Dob, Jean, etc., qui ont des angoisses, comme Es... qui a des tics. La rachialgie est peut-être un peu moins fréquente que la céphalalgie, mais elle existe dans un nombre de cas assez considérable pour que l'on ne puisse pas, à mon avis, faire de ce symptôme un caractère distinctif des neurasthéniques sans troubles mentaux.

M. de Fleury remarque justement que la rachialgie est souvent en rapport avec des fatigues ou des spasmes des muscles lombaires ; j'en suis convaincu, mais je ne crois pas impossible que dans ce phénomène des troubles circulatoires de la moelle et des modifications de la pression intrarachidiennes ne puissent jouer un rôle comme dans la céphalalgie.

2. — *Troubles du sommeil.*

L'importance du sommeil est si grande dans les névroses, son rapport avec la volonté et l'attention est si probable qu'il faut placer ici une note rapide sur les modifications du sommeil chez nos malades.

Dans un premier groupe, le sommeil semble peu troublé, au contraire les sujets sont plutôt de grands dormeurs. Lo... (213) depuis son enfance dort plutôt trop. A 20 ans il lui faut encore 12 heures de sommeil par jour et encore il lui arrive de se rendormir

1. Hartenberg, *La névrose d'angoisse*, 1902 (Paris, F. Alcan).

dans la journée. Ce cas est assez fréquent et un bon nombre de ces malades ont un sommeil lourd et prolongé. Dans ces cas il faut noter que le sommeil n'est pas troublé par les idées qui tourmentent la veille. Comme on l'a remarqué souvent, les rêves du sommeil profond ne reproduisent pas les émotions de la journée.

Chez quelques sujets ce sommeil lourd devient par moments tout à fait excessif et pathologique : il arrive assez souvent que Bu... (85) dorme 24 heures de suite ; une fois il est resté endormi deux jours et une nuit. Lo... a des sommeils malgré elle au milieu de la journée, il en est de même chez Vod... Chez Je... ces sommeils exagérés surviennent par périodes : pendant une quinzaine de jours elle va être engourdie, elle va être prise très fréquemment par des sommeils qui se prolongent plusieurs heures. Pendant cette période elle n'a plus d'obsessions et n'est plus tourmentée par ses interrogations et ses recherches continuelles. Je crois que ces sommeils exagérés doivent être rapprochés de ces périodes de fatigues énormes que nous avons étudiées à propos des troubles de l'activité, ce sont des phénomènes du même genre.

Dans un autre groupe de malades peut-être plus nombreux que le premier, le sommeil est troublé : il est devenu plus léger, il reste incomplet et il est traversé par des rêves pénibles. Claire est tourmentée la nuit comme le jour quoique à un degré un peu moins fort. Il lui semble qu'elle ne dort pas tout entière « il y a toujours deux ou trois de mes personnes qui ne dorment pas, cependant j'ai moins de personnes pendant le sommeil, il y en a quelques-unes qui dorment un peu. Ces personnes ont des rêves et des rêves qui ne sont pas les mêmes : je sens qu'il y en a plusieurs qui rêvent à d'autres choses ». Ces rêves de Claire sont presque tous d'un genre bien connu, elle poursuit quelque chose qu'elle ne parvient jamais à atteindre, elle se perd dans d'interminables couloirs, elle ouvre des milliers de portes et elle a le sentiment qu'elle n'arrivera jamais au bout. Ce rêve « du labyrinthe » me paraît la continuation sous une forme plus imagée des recherches, des efforts interminables et infructeux que cette personne fait continuellement pendant la veille, c'est le même état d'esprit qui continue dans les deux états à l'inverse de ce qui se passait dans les sommeils profonds.

Beaucoup d'autres malades Bei..., Tr..., etc., se plaignent de

ne pouvoir pas dormir complètement. Lise se réveille au moindre bruit et le matin elle a le sentiment qu'elle n'a pas dormi, qu'elle est restée au début du sommeil « qu'elle ne peut pas plus achever le sommeil qu'elle ne peut terminer un acte ou un sentiment quelconque ». Elle dort plutôt mieux quand elle est très malade et qu'elle s'est épuisée toute la journée dans ses ruminations. Quand elle est en voie d'amélioration, elle est étonnée du changement de son sommeil : « J'étais habituée à dormir d'une manière bizarre en continuant mes discussions, maintenant il m'arrive de me réveiller en sursaut, étonnée de cette façon nouvelle de dormir tranquille ; cela me fatigue de dormir de cette façon. » En un mot il y a un changement du sommeil quand elle va mieux, et ce changement la trouble au début.

Il est souvent juste de faire intervenir dans ces troubles du sommeil des phénomènes physiologiques analogues à ceux qui nous ont paru jouer un rôle dans les céphalalgies. Des troubles vaso-moteurs, des phénomènes de congestion sont invoqués pour les expliquer par Angel, par Lubetzki et par plusieurs auteurs. M. de Fleury rattache l'insomnie à des modifications de la tension sanguine : le sommeil normal exigerait une tension moyenne de 9 à 12 centimètres de mercure mesurée à la radiale ; au-dessus de ce chiffre on observerait des insomnies par hypertension, au-dessous des insomnies par hypotension[1].

Il y a quelque vérité dans ces remarques, mais je crois devoir observer, comme je l'ai montré autrefois[2], que le sommeil est un phénomène mixte, il ne dépend pas seulement des phénomènes physiologiques extracérébraux pour ainsi dire, circulation, tension céphalo-rachidienne, mais encore de faits psycho-physiologiques qui ont lieu dans l'intimité du cerveau. Par un côté le sommeil est un acte, il demande une certaine énergie pour être décidé au moment opportun et pour être accompli correctement. Les mauvaises habitudes, les tics, les manies mentales interviennent dans le sommeil : on a déjà vu l'observation de Dn... (49) dans laquelle des agitations et des angoisses apparaissent à l'occasion du début du sommeil comme à propos du début des actes. Par bien des points l'insomnie des psychasthéniques se rapproche de leur aboulie.

1. De Fleury, *Les grands symptômes neurasthéniques*, 1901, p. 130 (Paris, F. Alcan).
2. *Stigmates mentaux des hystériques*, 1892, p. 127.

3. — *Les modifications des réflexes.*

A tous les troubles nerveux déjà signalés il faut ajouter quelques modifications des réflexes. Il faut remarquer que ces modifications sont rares et peu nettes ; l'état psychasthénique porte évidemment plus sur les fonctions supérieures du système nerveux et trouble peu les fonctions élémentaires et les réflexes. Cependant chez une dizaine de personnes je remarque que les réflexes des membres inférieurs sont exagérés. Je ne suis pas convaincu qu'il s'agisse uniquement d'une exagération du mouvement quasi volontaire et en rapport avec l'agitation motrice ou les tics. Je crois que l'on observe quelquefois chez les neurasthéniques une véritable exagération des réflexes des membres inférieurs qui semble accompagner l'engourdissement cérébral. Je dois d'ailleurs ajouter que je n'ai observé nettement ni le clonus du pied, ni le phénomène de Babinski, même en examinant des malades qui ont des phobies de la marche, des dérobements des jambes ou des crises de fatigue portant surtout sur les membres inférieurs. C'est là une remarque importante, très utile pour le diagnostic souvent très difficile de ces symptômes qui simulent quelquefois des maladies de la moelle épinière.

J'insiste surtout sur une dilatation remarquable des pupilles que l'on constate chez Claire, chez Qes..., et chez plusieurs autres; il n'y a pas suppression complète mais véritablement paresse et diminution du réflexe lumineux. Cette dilatation diminue quand les malades sont un peu mieux et peut servir d'indice pour suivre leur amélioration.

2. — *Troubles des fonctions digestives.*

Les troubles des fonctions de la nutrition sont beaucoup plus nets, plus indépendants de l'état mental des malades. L'aspect général de ceux-ci est presque toujours mauvais : ils sont maigres, ont un mauvais teint et changent de mine et d'aspect d'une façon très rapide et très fréquente, Jean ou Gisèle prennent tout d'un coup des aspects extrêmement misérables et on les croirait sous le coup d'une grave maladie.

1. — *Troubles gastriques.*

Le trouble physiologique principal qui existe chez la grande majorité de ces personnes est constitué par les troubles de la digestion stomacale. On peut dire que neuf fois sur dix on a affaire à des sujets qui digèrent mal, une exception extraordinaire est celle de Jean qui semble avoir un assez bon estomac : tous les autres presque sans exception ont des troubles gastriques.

Un petit nombre de ces malades présentent une exagération de l'appétit et un besoin perpétuel de nourriture. M. J. Roux, dans une étude intéressante sur la faim, rapporte l'observation intéressante d'une femme atteinte après un accouchement d'une faim continuelle[1]. Elle se sent perpétuellement en état de défaillance et ne reprend un peu d'énergie qu'après avoir absorbé un peu de nourriture. J'ai observé plusieurs sujets de ce genre : Nol..., jeune fille de 25 ans, obsédée, phobique, et surtout aboulique, demande constamment à manger et, si on la laisse faire, dévore toute la journée. « Elle a besoin de revivre et pour cela de manger continuellement... elle est comme morte de faim..., elle devrait manger continuellement sans s'arrêter et si on ne l'avait pas toujours empêchée de manger, sa maladie serait déjà finie depuis longtemps. » J'ai déjà signalé le cas de Lkb... (100) qui réclame à manger dès qu'on veut obtenir d'elle le plus petit effort. Pi... a dans sa poche un morceau de pain et une tranche de jambon et il « les mange sur l'escalier avant d'entrer chez quelqu'un afin de se donner quelque assurance ». Ce sont là des phénomènes analogues aux besoins d'excitation par l'alcool ou la morphine en rapport avec des sentiments de faiblesse physique et mentale. On la remarque très bien dans l'observation de Lkb... qui oublie sa boulimie quand on la laisse inerte, plongée dans ses rêveries et qui ne réclame à manger qu'au moment où la difficulté d'un effort lui rappelle son sentiment de faiblesse.

Ces exagérations de l'appétit sont donc tout à fait accidentelles ; en général, la grande majorité des psychasthéniques mange fort peu. Ces malades n'ont aucun appétit et ils sont plutôt dégoûtés de toute alimentation.

1. J. Roux. *La Faim, Étude psycho-physiologique*, 1897, p. 28.

Les douleurs commencent presque toujours dès que les malades ont mangé, Brk..., Nadia, Za..., Mrc..., etc., commencent à souffrir aussitôt et se plaignent de crampes et de brûlures. Quelques-uns (Claire, Qs...) ont des vomissements, mais ce phénomène n'est pas très fréquent. Ce qui est constant, c'est que l'estomac est gonflé et pesant ; les malades étouffent, ont des bâillements, sont forcés de se desserrer. A l'examen on observe souvent du gonflement épigastrique et on constate surtout un bruit de clapotement déterminé par toute secousse. Ce bruit se fait entendre plus ou moins bas suivant que l'estomac est plus ou moins distendu, très souvent il descend jusqu'à l'ombilic et quelquefois bien au-dessous. La digestion est lente, les malaises se prolongent jusqu'au repas suivant et les malades ont le sentiment que le premier repas n'est pas digéré quand ils prennent le second. Ils ont des brûlures, du pyrosis, ils ont la langue saburrale, ils sentent un goût infect dans la bouche et bien souvent d'atroces migraines ne tardent pas à suivre ces mauvaises digestions (Bal..., Claire, Gisèle, etc.).

Ce tableau peut présenter quelques variétés, Lise diffère un peu de la description générale en ce que le plus souvent elle ne sent rien pendant la digestion et ne se plaint de rien ; mais je suis disposé à croire qu'elle est beaucoup trop absorbée par ses idées pour se rendre compte de ce qu'elle éprouve. Elle mange d'une façon mécanique, très rapidement sans savoir ce qu'elle avale, elle a l'estomac énormément clapotant, elle a souvent des indigestions suivies de vomissements ou des diarrhées immédiatement après le repas dans lesquelles elle rend les aliments presque intacts. Cependant elle ne souffre pas de l'estomac et se plaint seulement de ressentir une fatigue énorme pendant la période digestive.

Chez Gisèle également il y a lieu de remarquer quelques particularités du trouble gastrique. Elle digère toujours difficilement avec du gonflement et même de la gêne du cœur par refoulement, mais par périodes elle commence de grands troubles gastriques tout spéciaux. Le début en est assez brusque : elle sent une irritation de la gorge, des brûlures dans l'œsophage et dans l'estomac, la langue devient blanche brusquement et va rester saburrale pendant une assez longue période, la digestion est pour ainsi dire supprimée, les aliments sont rendus dans une diarrhée presque immédiatements après avoir été absorbés. Comme la malade pré-

cédente et bien plus qu'elle, Gisèle sent dans sa tête le contrecoup de ses troubles digestifs. Dès qu'elle a mangé elle éprouve une violente douleur à l'occiput et cette douleur est telle qu'elle la redoute et refuse l'alimentation. Il en résulte que pendant ces crises singulières de l'estomac, durant quelquefois plusieurs mois, la malade semble avoir une autre obsession, au lieu d'être préoccupée par ses remords de vocation, elle a l'idée fixe de refuser les aliments ou d'absorber des quantités minimes de nourriture.

L'alternance qui se présente ici est un des phénomène les plus singuliers que présentent les troubles de l'estomac chez les psychasthéniques. Chez une vingtaine de malades avec beaucoup de régularité, j'ai observé l'alternance entre les troubles psychiques et les troubles gastriques : il est évident que Gisèle est moins scrupuleuse, moins obsédée par ses remords de vocation quand elle est malade de l'estomac. Il en est de même de Lise, quand elle est très obsédée, elle mange bien et ne parle pas de son estomac ; quand l'état d'esprit est meilleur, elle se plaint de fortes crampes d'estomac, d'indigestions, de paralysie abdominale. Il en est de même chez Lod..., chez Bal..., et chez un très grand nombre d'autres malades.

Pour expliquer ces singulières alternances entre les troubles mentaux et les troubles gastriques j'avais d'abord supposé que le trouble gastrique était à peu près permanent et que pendant les périodes de trouble mental les malades cessaient de s'en apercevoir à cause de l'excès de leurs préoccupations morales. Cette explication me semble maintenant insuffisante au moins pour certains sujets. Pendant la période de douleur gastrique, Lise a des diarrhées immédiatement après le repas et elle ne les a pas pendant la période d'obsession ; dans la première période elle maigrit, tandis qu'elle engraisse dans la seconde. Il est probable que l'alternance doit être plus profonde : les choses se passent comme si le trouble nerveux portait tantôt sur les centres des fonctions psychiques, tantôt sur les centres viscéraux.

Il est en effet évident que ces troubles gastriques ont leur point de départ dans un trouble nerveux. Je ne puis reprendre ici l'étude de cette maladie spéciale de l'estomac neurasthénique qui a été très bien analysée dans bien des ouvrages[1]. La plupart de

1. Cf. Bouveret, *La neurasthénie* ; Levillain, *Neurasthénie* ; p. 94 ; Heim, *Dys.*

ces troubles se rattachent à trois phénomènes principaux : 1° Il y a une paralysie motrice de l'estomac qui devient flasque, s'abaisse, se laisse distendre par les aliments, les liquides et les gaz ; 2° on constate le défaut de sécrétion des glandes gastriques, la pauvreté du liquide sécrété en acide chlorhydrique et en pepsine : la plupart des analyses de suc gastrique qui ont été faites dans ces conditions montrent un état d'hypochlorhydrie ; 3° enfin les aliments mal digérés, stagnants dans l'estomac dilaté, subissent des fermentations anormales, donnent naissance à des acides et à des produits toxiques qui modifient l'état du sang et vont avoir un retentissement sur le système nerveux central et jouer un rôle dans les migraines.

Dans quelques cas rares il s'agit au contraire d'hypersthénie gastrique, suivant le mot de M. Robin, avec spasme et hypersécrétion d'acide chlorhydrique. C'est la maladie de Reissmann, cette maladie peut indirectement affaiblir le système nerveux central et déterminer des troubles psychasthéniques. Il faut en tenir compte dans le traitement. Mais c'est là à mon avis une exception dans la psychasthénie vraie et primitive. Les hypersécrétions gastriques qui se présentent quelquefois au début de l'alimentation sont un feu de paille, comme disait M. de Fleury, et l'état fondamental reste le plus souvent une parésie motrice et sécrétoire. Ces troubles gastriques des psychasthéniques ne sont pas, comme cela peut arriver quelquefois chez les hystériques, directement en rapport avec une idée. M. Dubois de Berne[1] me semble exagérer quand il dit que toute dyspepsie nerveuse est justiciable de la suggestion. Beaucoup de ces malades n'ont aucune idée fixe relative à leur digestion. Ce n'est qu'indirectement, par la faiblesse des fonctions cérébrales, que la pensée influe ici sur l'estomac.

En étudiant les circonstances qui font varier la maladie dans divers sens, on verra comment une excitation heureuse, fût-elle simplement morale, transforme la digestion et comment cette adynamie gastrique est en rapport avec un abaissement de toutes les fonctions nerveuses.

pepsie des neurasthéniques, Thèse, Paris, 1893 ; Soupault, *Les dyspepsies nerveuses*, Thèse, Paris, 1893 ; A. Mathieu, *La neurasthénie*, 1899 ; A. Robin, *Maladies de l'estomac*, 1900 ; De Fleury, *op. cit.*, 1901, p. 148.

1. Dubois (de Berne), Troubles gastro-intestinaux du nervosisme. *Revue de médecine*, 10 juillet 1900.

2. — *Troubles intestinaux.*

Des modifications abdominales et intestinales accompagnent presque toujours ces troubles gastriques. On est le plus souvent frappé de la flaccidité de l'abdomen si bien décrite par M. Glénard[1]. On note chez Lise, chez Ger..., etc., la diminution de tension, la mollesse de la paroi qui n'offre aucune résistance, le ballottement viscéral, le ventre en gourde, en bissac. Quelquefois j'ai observé que les deux muscles droits relâchés s'écartent l'un de l'autre d'une manière tout à fait anormale, ce qui peut donner lieu acidentellement au pincement des viscères signalé par Gibert (Le Havre).

Puis on constate le prolapsus, l'abaissement de la masse intestinale, et dans quelques cas des prolapsus viscéraux tels que le rein flottant (néphrophtose), le foie mobile (hépatoptose), la rate mobile (spléroptose), etc. Les autres signes décrits par M. Glénard, l'étroitesse du côlon, le boudin cæcal, le cordon sigmoïdal, la corde colique transverse, le battement épigastrique sont plus rares.

Des troubles de la digestion intestinale accompagnent toujours ces modifications de la statique abdominale. En dehors de ces diarrhées qui succèdent quelquefois à une indigestiou complète, on note, dans l'immense majorité des cas, une constipation opiniâtre avec selles glaireuses, de temps en temps accompagnées de mucosités desséchées et quelquefois d'un peu de sang. Ron..., Ab... (7), Cé... (148), sont des types remarquables de cette coïncidence entre le délire du scrupule et la colite muco-membraneuse. Chez la dernière malade les filaments muco-membraneux ont joué un rôle dans la formation de l'obsession hypocondriaque du « ver araignée ».

Le plus remarquable exemple est celui de Nadia : on peut dire que pour soigner cette malade il faut être perpétuellement préoccupé de sa constipation. Il s'agit ici de choses sérieuses, comme nous le verrons en parlant des complications ; elle peut faire des

1. Cf. Guéniot, 1879. Glénard, 1885-87. Coutaret, 1890. Trastour, *Les déséquilibrés du ventre, entéroptosiques et dilatés*, 1892. Glénard, Exploration du ventre. *Revue de médecine*, 1887.

rétentions prolongées des matières fécales qui déterminent les états les plus dangereux et dans lesquels il faut pratiquer un véritable curettage de la fosse rectale. Ces rétentions produisent des phénomènes d'auto-infection plus ou moins graves chez les divers malades ; chez Nadia ils ont été accompagnés par des états de confusion mentale pendant trois mois et même par de la névrite périphérique, mais chez tous les autres sujets ils amènent au moins une aggravation de l'état mental.

De tels troubles ne sont pas uniquement mécaniques, suivant la théorie de M. Glénard, ni uniquement chimiques, suivant la théorie de M. Bouchard, ils sont évidemment en rapport avec la dépression nerveuse qui se manifestait déjà par tant d'autres signes. M. Brocchi (de Plombières)[1] signalait deux observations d'entéro-colite muco-membraneuse, survenues à la suite d'émotion. Nous aurons à discuter bien des faits semblables.

3. — *Troubles de la nutrition.*

Ces troubles de la digestion retentissent sur la nutrition générale. Sauf des cas assez rares d'obésité, les malades sont maigres. Jean, pendant des années, présentait une maigreur effrayante ; malgré une alimentation plus que suffisante et une digestion presque toujours passable, il reste étonnamment maigre et garde un teint assez mauvais. Lise, toujours très maigre, maigrit encore d'une façon remarquable, quand elle traverse une mauvaise période mentale. Elle a passé de 54 kilogrammes à 46 en 3 mois, sous l'influence de crises répétées de ruminations sur le démon. Quand on réussit à calmer son esprit, elle reprend rapidement du poids et augmente de près de 500 grammes par semaine. Io..., dans une crise d'hypocondrie qui a duré 10 mois, a eu tous les troubles digestifs précédents et a perdu 20 kilogrammes.

Gisèle pour sa taille excessive ($1^{m},82$), a un poids très petit de 57 kilogrammes. Pendant certaines périodes elle maigrit encore plus, s'épuise et semble dans un état désespéré. Comme chez la malade précédente le poids augmente rapidement dès que l'esprit se calme. J'ai suivi ainsi une vingtaine de malades en prenant leur

1. A. Brocchi (de Plombières), A propos de la pathogénie de l'entéro-colite muco-membraneuse. *Presse médicale*, 28 août 1901.

poids chaque semaine; il est inutile de reproduire ces colonnes de chiffres, le résultat général est une concordance curieuse entre l'amélioration mentale et l'augmentation du poids.

Il n'est pas suprenant que de pareils troubles de nutrition favorisent toutes les infections et que dans plusieurs de ces cas il n'y ait des lésions tuberculeuses. Mais le plus souvent on observe plutôt les symptômes de l'arthritisme. Le rhumatisme chronique déformant est fréquent surtout chez les malades âgés : Germ..., déjà à 26 ans, a les doigts effilés et déformés, Xa... (204) à 65 ans a les genoux hypertrophiés, toutes les articulations des doigts gonflées et déformées, il en est de même chez treize de ces malades.

Ces remarques suffisent à montrer que l'état psychasthénique n'est pas seulement un trouble moral, mais un trouble de toute la nutrition de l'organisme.

4. — *Troubles urinaires.*

Les fonctions urinaires ne présentent guère chez les psychasthéniques ces troubles caractéristiques que l'on voit souvent chez les hystériques : on n'observe pas ces rétentions complètes ou ces incontinences qu'il faut discuter et interpréter dans d'autres névroses.

Cependant chez deux malades, chez Brk... en particulier, j'ai observé des crises de polyurie assez nettes : l'urine émise a été une fois de trois litres dans une journée. Cette polyurie précède chez elles les périodes de fatigue insurmontable.

Chez les autres malades les troubles des fonctions urinaires ne sont pas spéciaux à ces fonctions, ce sont des tics de répétition déterminant quelquefois la pollakiurie ou la recherche de la perfection urinaire, comme on l'a vu dans l'observation de Vor...

L'analyse des urines serait particulièrement intéressante si elle pouvait être assez précise pour donner des indications particulières à la maladie. Malheureusement les données de cette analyse sont encore bien vagues et se retrouvent dans les diverses formes de l'arthritisme.

Les analyses totales que j'ai fait faire, en petit nombre il est vrai, une vingtaine environ, ne m'ont rien donné d'intéressant : j'observe en général une diminution de l'urée, une certaine augmen-

tation de l'acide urique et de l'acide phosphorique. Je constate cette augmentation de l'indican et du scatol, de ces produits en rapport avec les fermentations intestinales, qui a déjà été signalée par M. de Fleury[1], mais je ne suis pas frappé comme lui par l'augmentation du chlorure de sodium chez ceux qui ont des troubles gastriques. Je constate le plus souvent pour les 24 heures $10^{gr},20$ (Lise), $9^{gr},50$ (Lise), $13^{gr},650$ (Bal...), 11 grammes (Dob...), ce sont des chiffres normaux, la moyenne étant de 10 à 12[2].

Ce qui a été particulièrement l'objet de mes études c'est l'acidité urinaire. Frappé de l'importance des travaux de M. Joulie sur ce point, j'avais essayé de les vérifier en examinant à ce point de vue les urines des névropathes. Je dois tous mes remerciements à M. Lacroix, interne en pharmacie à la Salpêtrière qui, avec une très grande complaisance, a bien voulu faire pour moi un nombre considérable de ces analyses suivant la méthode de M. Joulie.

Je laisse ici de côté les analyses très nombreuses faites sur des hystériques et je ne donne que les résultats obtenus sur des psychasthéniques. L'analyse est faite sur la 1re urine du matin avec la solution de sucrate de chaux dont le titre est vérifié très fréquemment. Le chiffre d'acidité obtenu et calculé en SO^3HO est rapporté à l'excès de densité de l'urine examinée à l'eau, la densité étant ramenée à celle du liquide à 15°. Je note aussi la quantité d'acide phosphorique par litre et le rapport de cette quantité à l'excédent de densité calculée de la même manière. La plupart de ces malades ont été soumis au traitement proposé par M. Joulie, par l'acide phosphorique. Je donnerai plus loin à propos du traitement les analyses des urines modifiées par cette médication. Je n'indique ici que les analyses des urines antérieurement à tout traitement.

Pour apprécier ces chiffres il faut se souvenir des chiffres donnés par M. Joulie comme normaux.

Densité corrigée à 15°..	1 017°,8
Acidité totale en SO^3HO..	0,849
Acide phosphorique en PhO^5.	2,083
Rapport de l'acidité à l'excédent de densité.	4,55
Rapport de l'acide phosphorique à l'excédent de densité.	11,17

1. De Fleury, *op. cit.*, 178.
2. Yvon, *Analyse des urines*, 1901, p. 163.

Analyses faites par M. LACROIX.

NOMS DES MALADES ET N°s DES ANALYSES	DENSITÉ CORRIGÉE A 15°	PhO^5 PAR LITRE	RAPPORT DE L'ACIDITÉ à l'excédent de densité	RAPPORT DE PhO^5 à l'excédent de densité
Jc.	1 013	2gr,10	5,86	15,17
Ls. 1.	1 028,5	4 ,84	3,34	16,8
2.	1 027,5	4 ,43	3,83	15,64
Bro.	1 017	1 ,32	0,29	7,4
Dou.	1 020,57	2 ,01	4,79	9,78
Dn. 1.	1 011	»	3,78	»
2.	1 012	1 ,41	4	6,71
3.	1 023	»	3,9	»
4.	1 021	»	3,83	»
Er.	1 030,84	2 ,86	2,103	9,27
Ger. 1.	1 015	»	4,03	»
2.	1 022	1 ,42	4,64	9,8
3.	1 008,5	»	7,85	»
4.	1 014,5	»	4,52	»
Qes. 1.	1 017,5	»	3,28	»
2.	1 014	1 ,011	3,08	7,1
Sim.	1 012,76	1 ,58	4,55	12,39
Mad. 1.	1 018,88	»	2,49	»
2.	1 020,25	1 ,52	3,02	7,506
3.	1 020,07	»	4,83	»
4.	1 019,34	1 ,59	2,22	8,24
5.	1 020,84	»	2,09	»
6.	1 015,25	»	2,94	»
7.	1 018,25	»	2,8	»
8.	1 016,75	»	2,71	»
9.	1 014,84	1 ,34	2,54	9,07
. . . .	1 026	2 ,38	3,53	8,87
Ka.	1 024,39	3 ,37	4,16	13,81

Analyses des urines faites par M. TERRIAL, même méthode.

NOMS DES MALADES et n°s des analyses	DENSITÉ corrigée à 15°	ACIDITÉ totale en SO_3HO	ACIDE phosphorique en PhO_5	RAPPORT de l'acidité à l'excédent de densité	RAPPORT de PhO^5 à l'excédent de densité
Rt..	1 015,6	0,529	1,157	3,77	8,20
X..	1 019,5	0,502	1,393	2,56	9,67
S.	1 033,3	0,477	5,838	1,42	17,48
Jean.	1 023,8	0,379	3,366	1,40	12,51
Analyses faites par M. YVON, même méthode.					
Vic.	1 033,3	1,17	5,27	3,50	15,73
Nadia.. . . .	1 016	0,98	1,71	6,1	10,7

On remarque dans ces analyses quelques caractères communs intéressants par leur fréquence. La densité n'offre rien de remarquable, elle est douze fois au-dessous de la normale, quinze fois au-dessus, ce caractère varie suivant le régime des boissons, qu'il est important de régler chez ces dyspeptiques.

Mais ce qui est frappant, c'est la faiblesse du rapport de l'acidité à l'excès de densité, il n'est que 3 fois supérieur à la normale et il est 31 fois inférieur. Si l'on s'en rapporte à ces analyses, les psychasthéniques comme la plupart des névropathes seraient des hypoacides.

Le rapport de l'acide phosphorique à l'excès de densité est 8 fois au-dessus de la normale et 13 fois au-dessous.

On peut tenir compte de ces remarques, particulièrement des indications relatives à l'hypoacidité très fréquente au point de vue du traitement. Malheureusement cette méthode d'analyse chimique et le choix exclusif de l'urine du matin sont aujourd'hui encore très discutés et l'on ne peut considérer ces résultats, surtout ceux relatifs à l'acidité, comme définitif. D'autres auteurs, comme M. Vigoureux, ont le plus souvent trouvé les urines des neurasthéniques hyperacides.

Il faut donc se borner à enregistrer ces analyses d'urine comme des documents d'attente sans en tirer encore des conclusions générales sur l'état de la nutrition de ces malades.

2. — Les modifications de la circulation.

Je n'insisterai pas sur la respiration : dans les crises d'angoisse se présentent des troubles mécaniques que j'ai déjà indiqués en étudiant quelques graphiques. Mais en dehors de ces crises la respiration reste à peu près normale.

On peut simplement remarquer qu'elle est en général faible, peu profonde et un peu rapide. Les autres troubles de la respiration, les toux, les bruits laryngés, se rattachent aux tics et aux angoisses et ont déjà été décrits dans les chapitres précédents[1]. Je n'ai pas eu l'occasion d'analyser les gaz de la respiration chez ces malades comme chez les hystériques ; il est probable que l'on observerait chez plusieurs une diminution de l'acide carbonique en rapport avec le ralentissement de l'activité nutritive.

Les troubles les plus frappants de la circulation se produisent ainsi au moment des angoisses où nous avons noté les palpitations, les modifications de la tension sanguine, les troubles vasomoteurs. Il est intéressant de se demander si quelques-uns de ces troubles ne persistent pas en dehors des périodes d'angoisse.

Le nombre des pulsations m'a semblé presque toujours normal ou du moins ne présenter que des variations insignifiantes, en rapport avec les émotions du moment.

1. — *Les modifications de la tension sanguine.*

Plusieurs auteurs, Angel[2] en Allemagne, Webber[3] en Amérique, ont admis un affaiblissement du tonus artériel dans l'état neurasthénique. M. Chéron en France, et M. de Fleury, ont donné une très grande importance à ce symptôme. M. de Fleury admet un petit nombre de neurasthéniques avec hypertension du pouls, et rattache leur maladie à des auto-intoxications et une grande majorité de neurasthéniques avec hypotension artérielle[4].

1. Cf. Coulampis, *Les troubles respiratoires dans la neurasthénie*, Thèse, Paris, 1894.
2. Angel, Experim. zur Pathologie und Therapie der cerebralen Neurasthénie. *Archiv für Psych.* Berlin, 1884, XV, p. 618.
3. Webber, *Boston méd. Journal*, 3 mai 1888.
4. De Fleury, *Les grands symptômes neurasthéniques*, 1901, p. 48, 67.

Cette baisse de la pression artérielle résulterait de la faiblesse de propulsion du cœur et de la faiblesse du tonus des parois des artères, elle déterminerait un appauvrissement du sang en hémoglobine, une diminution apparente du nombre des globules par augmentation de la partie liquide du sang, tandis que dans l'hypertension, il y aurait chasse d'eau dans les tissus périphériques par resserrement de l'arbre artériel et augmentation apparente du nombre des hématies. Ces observations sont intéressantes et probablement justes dans bien des cas.

Je suis tout disposé à admettre qu'il y a une hypotension artérielle fréquente en rapport avec la faiblesse musculaire, les ptoses viscérales diverses et la dépression mentale. Je fais seulement observer que la vérification précise, expérimentale du fait n'est pas toujours facile.

J'ai pris beaucoup de mesures de la tension artérielle avec le sphigmomètre de Chéron et j'ai été amené comme je l'ai dit à propos des angoisses à considérer ces chiffres comme douteux et inutilisables. Depuis je me suis servi du sphigmo-manomètre de Potain, il me semble d'un emploi plus aisé et m'a donné des résultats plus concordants. Cependant je ne puis m'empêcher de rester étonné de la précision des chiffres donnés par quelques auteurs, quand, à mon avis, la mesure clinique de la pression du sang chez l'homme est encore bien imparfaite et sujette à beaucoup d'erreurs.

Quoi qu'il en soit, voici les chiffres qui m'ont paru les plus certains chez quelques-uns des malades précédents :

Lpx, en dehors des crises de scrupule.			12.
Ul., en dehors des crises d'angoisses..			14.
Ul.	—	autre mesure. . .	13.
Meu.	—	. . . .	10.
Lise.	—	. . . .	15.
Kl.	—	. . . .	15.
—	—	autre mesure. . .	15.
—	—	— . . .	14.
Pot.	—	. . . .	15.
Chx.	—	. . . .	18.
—	—	autre mesure. . .	17.
Lais.	—	. . . .	14.
Claire.	—	. . . .	12.
—	—	. . . .	12.
—	—	. . . .	13.

Si l'on se souvient que la normale est de 16, il est évident que la plupart de ces observations montrent un certain degré d'hypotension.

Dans un cas, celui de Meu..., j'ai pu constater une tension de 17 à 18 pendant une période de grande amélioration en contraste avec les chiffres antérieurs de 10. Mais en général la relation de l'hypotension artérielle avec la dépression mentale est loin d'être aussi nette.

2. — *Les troubles vaso-moteurs et sécrétoires.*

Angel en 1884 et M. Bouveret en 1891 ont décrit chez les neurasthéniques un trouble particulier des réactions vaso-motrices : chez l'homme sain qui fait un effort intellectuel, les vaisseaux cérébraux se dilatent, mais on observe en même temps que les vaisseaux du bras se resserrent. Chez le neurasthénique, d'après les observations de ces auteurs, cette réaction vaso-motrice du bras n'existe plus. Le bras ne change pas de volume, tout au plus observe-t-on sur le bras quelques légères oscillations vaso-motrices. Angel expliquait ces faits en admettant que les vaisseaux du bras étaient déjà préalablement contractés et les vaisseaux du cerveau dilatés. Les oscillations persistantes seraient dues à la surdistension des vaisseaux du cerveau pendant l'effort intellectuel, un afflux nouveau de sang déterminerait le retour d'une partie du sang à la périphérie [1].

Ces expériences donneraient souvent un résultat intéressant sur les malades psychasthéniques si l'on pouvait facilement les reproduire sur eux avec quelque précision. En effet, il est facile d'observer qu'ils présentent souvent un grand nombre de phénomènes en rapport avec des troubles vaso-moteurs.

Gisèle a des engourdissements des doigts qui vont jusqu'au phénomène du doigt mort. Beaucoup de malades ont souvent les mains et les pieds rouges ou bleuâtres et froids ; ils présentent des rougeurs sur les oreilles et sur le nez, des balafres rouges des deux côtés du nez au-dessous des yeux comme s'ils portaient un lorgnon trop serré. Ce sont des personnes qui, surtout dans leur jeunesse, ont eu très fréquemment des congestions du pharynx, des gonflements des amygdales, des angines pour le

1. Lubetzki, *op. cit.*, p. 15.

moindre prétexte. Je note chez Claire une disposition curieuse aux œdèmes qui se produisent le plus souvent aux paupières, aux lèvres et quelquefois à la vulve. Chez quelques malades ces œdèmes se reproduisent d'une manière expérimentale, il suffit d'exercer une pression sur la peau pour les voir apparaître. C'est le phénomène de la peau dermographique que j'ai observé cinq fois chez des obsédés ou des phobiques et en particulier d'une manière remarquable chez Dn... (49), chez Qi... (188), qui a cette curieuse obsession de vouloir être une enfant, il y a constamment des poussées d'urticaire. Chez cette dernière malade Qi... quand elle porte un paquet sous le bras, quand un objet dur appuie sur une partie de la peau, il apparaît rapidement à cet endroit une plaque d'œdème dur, blanchâtre. Si elle coud, il y a de l'œdème au bout des doigts, si elle se frotte les paupières celles-ci restent enflées toute une journée, son bras reste enflé, si elle s'appuie sur le rebord d'une fenêtre, les cuisses enflent si elles restent quelque temps assise, etc. J'insiste sur ces troubles vaso-moteurs, car ils ont joué un rôle dans la théorie émotionnelle des obsessions. Mais il ne faudrait pas croire que tous les psychasthéniques présentent ces réactions anormales. Beaucoup n'ont aucune trace de dermographisme et leurs vaisseaux semblent réagir aux diverses excitations de la façon la plus normale.

On peut rapprocher des phénomènes précédents certaines maladies de la peau dans lesquelles les troubles nerveux jouent certainement un rôle ; j'ai été frappé de la fréquence de l'eczéma chez ces malades ; je le retrouve dans une vingtaine de cas, l'eczéma de la face est particulièrement tenace chez Lise. L'eczéma périnéal a été le point de départ de la manie urinaire de Vor... (137).

Enfin il faut signaler les troubles secrétoires, la sécheresse de la peau est un phénomène banal qui s'aggrave pendant les mauvaises périodes de la maladie mentale. La sécheresse du nez, l'absence des larmes s'observent fréquemment. Beaucoup d'agoraphobes, comme R..., se plaignent « que leur nez est sec, comme durci en dedans » soit d'un seul côté, soit des deux.

Par opposition il y a des crises de sécrétions exagérées, dans la photophobie de Bry..., il y a œdème des paupières, larmoiement invraisemblable « à tremper quarante mouchoirs » en

une matinées. Après la crise on note une poussée d'herpes sur les paupières, sur le nez et sur la bouche.

De nombreux psychasthéniques présentent ces crises de rhinorrhée si bien étudiées récemment par M. Nattier dans le journal *La Parole*[1]. Chez Mrc..., femme de 41 ans, « le nez se met subitement à couler comme une fontaine pendant plusieurs heures ». Chez Gay... (26), jeune fille de 20 ans, la rhinorrhée survient le lendemain d'une émotion ou d'une grande crise de scrupule. Elle se réveille avec le sentiment que son nez est gonflé et douloureux comme au début d'un rhume de cerveau. Au début la sécrétion est un peu épaisse et muqueuse, puis peu à peu elle prend les caractères de l'hydrorrhée ; c'est un flux aqueux ininterrompu. Elle a cherché à recueillir pour moi assez exactement le liquide qui s'écoulait du nez pendant un temps déterminé. La quantité a été de près de 30 centimètres cubes en une heure. M. Lacroix a bien voulu en faire l'analyse que voici :

Réaction neutre.
Chlorures 9 grammes 3 par litre.
Acide phosphorique (phosphates alcalins) traces.
Pas de sulfates.
Sodium (chlorure et phosphate) traces.
Pas de potassium, ni chaux, ni magnésie.
Traces d'albumine.
Pas de cholestérine.

C'est en somme le liquide de l'œdème, et la rhinorrhée se rapproche des troubles œdémateux précédents. Dans le deuxième volume de cet ouvrage à propos de l'observation de Gay... (26) nous étudierons les interprétations de ce phénomène, nous verrons qu'il est à peu près impossible d'expliquer l'hydrorrhée nasale de cette jeune fille par un écoulement du liquide céphalo-radichien et qu'il s'agit probablement d'un trouble de la sécrétion des glandes qui tapissent les sinus frontaux.

J'ai observé un cas d'hydrorrhée vaginale : « l'eau coulait par verres comme chez une femme qui accouche. » Les diarrhées séreuses, « la pluie intestinale » de Lasègue, se rapproche évidemment de ces phénomènes.

1. M. Nattier, La rhinorrhée exclusivement symptomatique de neurasthénie. *La Parole*, juillet 1905 et sq.

3. — *Les troubles des fonctions génitales.*

J'ai déjà parlé du trouble des fonctions sexuelles à propos des émotions, car le trouble est plutôt moral que physique. La sensibilité est émoussée, l'émotion semble incomplète, inachevée, et l'excitation, surtout chez la femme se prolonge indéfiniment sans aboutir. Cet acte incomplet est suivi de fatigue, de regret, de mécontentement. Quelquefois il y a, chez la femme surtout, un besoin intense de parvenir à cette sensation qui semble fuir et une manie de la perfection en cette matière tout à fait singulière.

Mais à côté de ces troubles moraux se placent quelques troubles physiques. L'érection insuffisante, l'éjaculation prématurée, l'insuffisance de la sécrétion, se constatant très fréquemment[1].

J'ai cherché à réunir quelques renseignements sur les fonctions menstruelles chez ces femmes scrupuleuses et je n'ai pu arriver à des conclusions bien nettes car les troubles sont très variables. Presque toujours l'établissement des règles est tardif et ne se fait qu'à 15 ou 17 ans ; comme on verra en étudiant l'évolution de la maladie, cet établissement tardif de la puberté est pour beaucoup la date du début des accidents mentaux. J'ai observé un fait curieux et assez rare chez Gr..., âgée de 30 ans, c'est que cette femme n'a jamais été réglée, je viens de refaire la même observation sur une autre malade. Mw... (145), âgée de 28 ans, a eu vers l'âge de 15 à 17 ans des saignements de nez périodiques pendant quelques mois ; depuis l'âge de 20 ans elle a des malaises et des fatigues qui surviennent tous les mois, mais elle n'a jamais eu ses règles. C'est une scrupuleuse typique avec manie des serments, etc. Le plus curieux c'est qu'elle a deux sœurs qui sont semblables en ce qu'elles n'ont pas non plus été jamais réglées, mais qui sont simplement des nerveuses sans avoir la même maladie mentale.

Chez beaucoup d'autres nous notons des retards, des irrégularités, des pertes blanches et quelquefois des hémorragies. Très souvent on observe la suppression des règles pendant une période

1. De Fleury, *op. cit.*, 205.

plus ou moins longue, quand se développent les grands accidents mentaux. Dans un cas curieux cet arrêt des règles survenu à 23 ans chez Mx a été définitif. La malade a maintenant 40 ans et les menstrues n'ont jamais reparu. Chez les malades qui ont conservé les menstruations, l'époque des règles est d'ordinaire caractérisée par un redoublement de tous les troubles. C'est ce qu'on observe chez Claire, chez Ger..., chez Vi..., chez Lod..., etc. Quelques malades comme Lise ne sont aucunement impressionnées par leurs menstrues. Par exception quelques sujets sont mieux à ce moment comme pendant la grossesse. Ces derniers phénomènes seront étudiés avec plus d'intérêt au moment où nous examinerons l'évolution de la maladie et les phénomènes qui influent sur son cours.

QUATRIÈME SECTION

CARACTÈRES GÉNÉRAUX DE L'ÉTAT PSYCHASTHÉNIQUE

Je voudrais comme dans les chapitres précédents dégager les caractères généraux de ces divers troubles psychologiques et physiologiques dont l'ensemble constitue l'*état psychasthénique*. Je ne cherche pas encore à les interpréter mais simplement à les résumer.

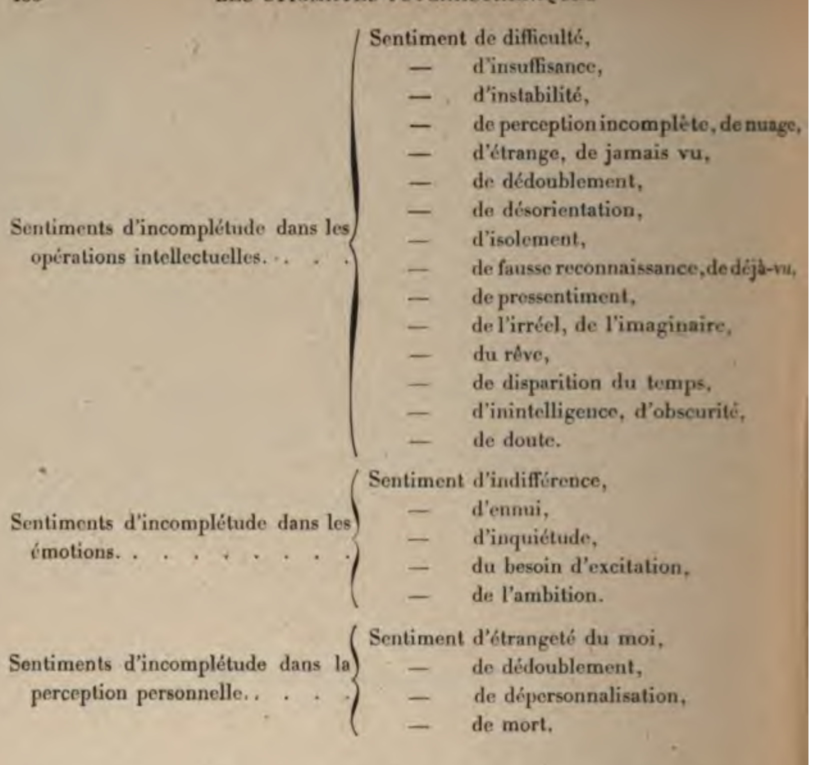
1. — L'incomplétude morale.

Les troubles psychologiques se présentent en majeure partie sous la forme de sentiments qu'éprouvent les malades et qu'ils décrivent avec un grand luxe de comparaisons et de métaphores.

Ces sentiments peuvent être résumés par le tableau suivant :

LES SENTIMENTS D'INCOMPLÉTUDE

Sentiments d'incomplétude dans l'action.	Sentiment de difficulté,
	— d'inutilité de l'action,
	— d'incapacité,
	— d'indécision,
	— de gêne,
	— d'automatisme,
	— de domination,
	— de mécontentement,
	— d'humilité, de honte,
	— d'intimidation,
	— de révolte.



Sentiments d'incomplétude dans les opérations intellectuelles. . . .	Sentiment de difficulté,
	— d'insuffisance,
	— d'instabilité,
	— de perception incomplète, de nuage,
	— d'étrange, de jamais vu,
	— de dédoublement,
	— de désorientation,
	— d'isolement,
	— de fausse reconnaissance, de déjà-vu,
	— de pressentiment,
	— de l'irréel, de l'imaginaire,
	— du rêve,
	— de disparition du temps,
	— d'inintelligence, d'obscurité,
	— de doute.
Sentiments d'incomplétude dans les émotions.	Sentiment d'indifférence,
	— d'ennui,
	— d'inquiétude,
	— du besoin d'excitation,
	— de l'ambition.
Sentiments d'incomplétude dans la perception personnelle. . . .	Sentiment d'étrangeté du moi,
	— de dédoublement,
	— de dépersonnalisation,
	— de mort.

Si on essaye de retrouver et d'exprimer ce qu'il y a de commun dans tous les sentiments on arrive d'abord à cette notion de l'inachèvement, de l'incomplet que les malades expriment de mille façons à propos de tous ces sentiments divers: « le pire de tout, dit Lise, c'est que je n'arrive au bout, au fond de rien, c'est une sorte de vertige dès que je dois arriver au bout de quelque chose ».

J'ai désigné ce fait remarquable par le mot *sentiment d'incomplétude*. Les psychasthéniques sont caractérisés par un sentiment plus ou moins général, plus ou moins profond, plus ou moins permanent d'incomplétude psychologique.

Il était dès lors très important de se rendre compte de la valeur, de l'importance de ce sentiment. Une première question se posait: ce sentiment d'incomplétude est-il faux ou est-il juste? Est-ce une idée fausse, une obsession, une manie mentale, ou correspond-il à des caractères réels des opérations psychologiques elles-mêmes? Le problème paraît très simple, il est en réalité extrêmement difficile. Des malades intelligents, comme Lise, se le sont posé à eux-mêmes et ne sont pas parvenus à répondre d'une manière nette.

Évidemment il y a de nombreux cas où ce sentiment est devenu exagéré et ridicule. Quand Vor... retourne cinquante fois de suite aux cabinets parce qu'elle a le sentiment d'avoir uriné insuffisamment, il est clair que c'est absurde. Un acte comme celui-là nous semble consister simplement à vider la vessie et ne demande rien de plus, or elle l'a vidée suffisamment puisque la première fois elle a uriné un demi-litre, par conséquent nous pensons qu'elle délire en sentant que l'acte d'uriner est incomplet.

Dans d'autre cas, il est clair aussi que si l'acte est imparfait, c'est le malade qui l'a rendu tel, précisément en le perfectionnant. Certainement Rai... respire d'une manière mauvaise, en crachant et en rotant de tous les côtés ; une pareille respiration est très défectueuse. Mais elle est devenue irrégulière à cause des procédés employés par le malade et ces procédés ne sont survenus que parce que le malade la jugeait déjà imparfaite. Il est donc probable que cette respiration n'était pas mauvaise au début, en tous cas elle l'était beaucoup moins qu'aujourd'hui.

Mais ces cas exagérés ne résolvent pas le problème. De ce que le malade se trompe évidemment maintenant, il ne s'ensuit pas qu'il ait toujours eu tort. Ne se pourrait-il pas qu'il ait généralisé à tort et à travers, qu'il ait appliqué à un acte insignifiant un sentiment déterminé par une imperfection psychologique réelle? J'avoue que, malgré la difficulté, c'est vers cette opinion que je tendrais et pour moi le problème des scrupuleux consiste à trouver quelle est cette imperfection psychologique qui, comme une épine, les tourmente perpétuellement, qui détermine leurs exagérations et leurs divagations. Ce qui m'incline vers cette opinion, c'est que j'ai retrouvé des sentiments d'incomplétude chez beaucoup de sujets qui n'avaient pas d'obsessions d'humilité ou d'auto-accusation, qui constataient ces sentiments d'une façon très modérée sans y attacher d'importance, sans les transformer en manies ou en obsessions.

La seconde raison de cette opinion, c'est que l'on peut observer chez ces malades un certain nombre de troubles psychologiques réels et indépendants de leur propre appréciation. Tous les auteurs ont constaté chez les obsédés et les phobiques des arrêts ou des retards dans le développement des diverses facultés et surtout un développement inégal, un manque d'harmonie et d'équilibre entre ces facultés. « Ces individus, disait M. Séglas, sont moralement des êtres partiels, incomplets, déséquilibrés, ils

peuvent avoir une mémoire prodigieuse, mais ils ne peuvent arriver à fixer leur attention. Mobiles et distraits, leur instabilité mentale est parfois extrême. En même temps ils sont abouliques, apathiques avec des accès de grande excitation et des emballements inexplicables : ce sont des originaux, des excentriques, des rêveurs, d'imagination déréglée à tendances romanesques. Enfin ce sont des émotifs, des timides, sensibles à l'excès, impressionnables et susceptibles, égoïstes et orgueilleux[1] ». J'ai essayé de préciser ces remarques bien souvent faites et d'énumérer, en outre des agitations décrites dans le chapitre précédent, les insuffisances psychologiques que présentent le plus régulièrement les psychasthéniques.

Ces insuffisances peuvent être résumées par le tableau suivant:

LES INSUFFISANCES PSYCHOLOGIQUES

Symptômes du rétrécissement du champ de la conscience, anesthésies, mouvements subconscients, suggestions à l'état rudimentaire.

Les troubles de la volonté. . . .
- L'indolence,
- l'irrésolution,
- la lenteur des actes,
- les retards,
- la faiblesse des efforts,
- la fatigue rapide,
- le désordre des actes,
- la maladresse,
- l'inachèvement,
- l'absence de résistance,
- le misonéisme,
- les aboulies sociales, la timidité,
- les aboulies professionnelles,
- les inhibitions,
- les crises d'épuisement,
- les inerties.

Les troubles de l'intelligence. . .
- les amnésies d'évocation,
- la mémoire retardante,
- les amnésies continues,
- l'arrêt de l'instruction,
- l'inintelligence des perceptions,
- les troubles de l'attention,
- la rêverie,
- les éclipses mentales.

1. Séglas, *Leçons sur les maladies mentales*, p. 68.

Les troubles des émotions et des sentiments. . . . . { L'indifférence, les sentiments mélancoliques, l'émotivité, les émotions sublimes, le besoin de direction, le besoin d'excitation, le besoin d'aimer, le besoin d'être aimé, la crainte de l'isolement, le retour à l'enfance, l'amour exagéré de l'honnêteté, le besoin d'autorité, etc.

Tous ces troubles ont une certaine importance, plus ou moins considérable suivant les cas, ils semblent bien indépendants des obsessions et des manies.

Il en résulte que l'on peut déjà présenter un premier caractère général qui résume une partie considérable des stigmates psychasthéniques. Les malades ont le sentiment que leur activité mentale est incomplète et d'autre part cette activité présente en effet un certain nombre de lacunes qui jusqu'à un certain point justifient ce sentiment d'incomplétude.

2. — *La perte de la fonction du réel.*

En nous plaçant à une autre point de vue nous retrouverons dans tous ces troubles psychologiques un autre caractère général si curieux et si important qu'il est essentiel de le mettre en relief. Parmi les sentiments les plus remarquables que le sujet éprouve à propos des actions, à propos des perceptions des objets extérieurs et à propos de la perception de lui-même il y a tout un groupe composé par les sentiments de drôle, d'étrange, de jamais vu, de rêve, que l'on peut, si je ne me trompe, ramener à un caractère commun.

Quand le sujet répète qu'il ne peut pas parvenir à faire un acte, que cet acte est devenu impossible, on peut remarquer qu'il ne sent plus que cet acte existe ou peut exister, qu'il a perdu le *sentiment de la réalité* de cet acte. Quand d'autres nous disent qu'ils agissent en rêve comme des somnambules, qu'ils jouent la comédie c'est encore la réalité de l'acte par opposition au simulacre de

l'acte dans les songes et les comédies qu'ils sont devenus incapables d'apprécier.

Dans la perception extérieure et intérieure, le fait est si curieux que je désire en donner un exemple de plus à ajouter à tous les précédents. Une vieille femme de 58 ans, Gou..., admise à la Salpêtrière vient d'être envoyée à l'infirmerie parce que depuis deux mois elle est atteinte d'un délire extraordinaire. Elle ne veut plus faire aucun travail ni s'occuper à quoi que ce soit, elle reste constamment sur sa chaise à gémir et à se lamenter : « Il est inutile de rien faire, répète-t-elle, puisque tout est mort... on m'a mise dans un tombeau où il n'y a rien, où je suis absolument seule dans une affreuse obscurité... Tout est noir autour de moi, d'un noir d'encre... tout est vide, il n'existe plus personne, aucun être vivant ne m'entoure, c'est comme si j'étais morte moi aussi, etc... » Comme toujours l'examen habituel des sens et de la conduite nous cause le même étonnement, on ne peut constater aucun trouble même le plus léger d'aucune sensibilité, la malade voit très bien les objets et les couleurs et se conduit très correctement. Au moment même où elle déclare que tout est noir et que tout est mort, elle va très bien demander sa tisane à la surveillante.

Les principaux sentiments observés dans ce cas comme dans les précédents sont le sentiment d'absence de relief, d'obscurité, de noir, de drôle, d'étrange, de dégoûtant, de jamais vu, de faux, de simulé, de rêve, d'éloignement, d'isolement, de mort. Quel est le sentiment auquel se rattachent tous les autres? On a dit que c'était le sentiment de nouveau et d'étrangeté; je crois plutôt que c'est le sentiment de non réel, *le sentiment d'absence de réalité*. C'est le sentiment d'absence de réalité psychologique dans les êtres extérieurs qui leur fait dire que les animaux et que les personnes placés devant eux sont des morts. C'est le même sentiment relatif à la disparition de la réalité ordinaire qui se trouve dans les sentiments de rêve, de simulé, de jamais vu et d'étrange. En un mot les malades continuent à avoir la sensation et la perception du monde extérieur, mais ils ont perdu le sentiment de réalité qui ordinairement est inséparable de ces perceptions.

Il en est de même pour la perception personnelle : quand les malades sentent qu'ils ont perdu leur moi, qu'ils sont à moitié vivants, qu'ils sont morts, qu'ils ne vivent plus que matériellement, que leur âme est séparée de leur corps, qu'ils sont étranges, drôles, comme s'ils avaient une vie dans un autre monde,

c'est encore, à mon avis, qu'ils se sentent irréels. Ils ont conservé toutes les fonctions psychologiques, mais ils ont perdu le sentiment que nous avons toujours, à tort ou à raison, c'est d'être réels, de faire partie de la réalité du monde.

Ce phénomène très remarquable de la perte du réel n'existe-t-il que dans les sentiments subjectifs des malades ? Ne peut-on pas retrouver dans l'observation extérieure de leurs actions et des manifestations de leur pensée, des preuves qu'il y a dans leur esprit un trouble particulier ? Ce trouble porterait sur les fonctions psychologiques dans leur rapport avec la réalité donnée, sur une fonction spéciale que l'on pourrait appeler *la fonction du réel.*

Il me semble, en effet, nécessaire, pour résumer les observations précédentes, de distinguer une opération, ou si l'on préfère une partie des opérations psychologiques que les descriptions classiques ne mettent pas à part, mais que la maladie semble avoir analysée. Une opération mentale, un souvenir, une attention ou un raisonnement semblent rester de même nature quel que soit leur objet, que celui-ci soit constitué par des représentations tout à fait imaginaires ou que son objet soit formé par des événements tout à fait réels, appartenant au monde dans lequel nous sommes plongés. L'association des idées, dit-on souvent, est la même dans le rêve et dans l'expérience de la vie. Cette affirmation toujours acceptée est-elle bien juste ? L'observation de nos malades présente, en effet, un fait singulier ; c'est que leurs opérations mentales ne sont point troublées quand il s'agit seulement de l'imaginaire et qu'elles ne présentent du désordre qu'au moment où il s'agit de les appliquer à la réalité.

Tous les troubles du raisonnement, de l'attention, de l'appréciation des situations n'existent pas dans les ruminations ni dans les rêveries, le malade construit dans son imagination des petites histoires très cohérentes et très logiques : c'est quand il s'agit de la réalité qu'il n'est plus capable de faire attention ni de comprendre. Plusieurs de ces malades ont quelque talent littéraire ou musical ; quand ils inventent des histoires ou des morceaux de musique, leur esprit fonctionne parfaitement bien, ils n'ont ni hésitation ni doute. L'hésitation va venir si l'œuvre d'imagination doit se transformer en œuvre réelle et être donnée au libraire ou au commerçant. « Je vis dans les espaces, dit Lo..., et j'y vis très bien, mais je ne peux pas jouir des choses de ce monde, je ne

vois pas le réel et ma vie est imaginaire et factice... » « S'il ne s'agissait que de mon goût je saurais très bien terminer mes feuilles de rose, dit Tr..., mais quand il s'agit de donner une feuille de rose terminée pour qu'elle soit vendue, j'hésite indéfiniment. »

De même que les fonctions sont correctes dans le domaine de l'imaginaire, elles restent parfaites quand il s'agit de l'avenir et du passé. Il y a chez quelques sujets des expériences curieuses qui mettent ce caractère en évidence. Wo... a d'épouvantables crises de scrupule à propos des comptes du ménage et surtout des additions des fournisseurs, il semble que son attention soit fatiguée dès qu'elle fait une addition de quelques chiffres et qu'elle ne puisse plus arriver à la certitude. Si on la prie de faire une addition sur des chiffres imaginaires sans rapports avec sa vie réelle, le travail se fait très facilement, aussi longtemps qu'on le veut, sans fatigue et sans hésitation. Bien plus, la malade a remarqué elle-même qu'un de ses comptes de ménage peut être fait sans difficulté à la condition qu'il soit *ancien,* qu'il ait rapport aux affaires du trimestre précédent. Elle prend spontanément l'habitude de laisser les comptes attendre pour les vérifier, « plus ils sont vieux, plus ils se calculent aisément ». Il est visible que le passé, comme l'imaginaire, est un élément de facilité, c'est le réel et le présent qui troublent l'action.

En effet, tous les troubles que nous avons constatés se ramènent au présent et au réel, les émotions sont vagues sans adaptation avec les circonstances présentes et réelles. « Le présent me fait l'effet d'un intrus, disait un malade de M. Dugas[1] ». « Il y a pour moi une déformation de la réalité, dit Gisèle, et je ne peux pas m'intéresser au monde tel qu'il est, ni m'émotionner pour ce qui existe », « au fond, dit Lise, tous mes tourments viennent de ce que j'ai une mauvaise appréciation de la réalité ».

Les troubles les plus accentués se rencontrent dans l'acte volontaire, dans la perception attentive des objets présents, dans la perception de la personnalité réelle, parce que ce sont les opérations les plus étroitement en rapport avec l'appréhension de ce qui est réel. Leur indécision, leur défaut de certitude, leur doute si caractéristique ne sont que d'autres aspects du même phénomène fondamental.

Les malades agissent bien à une condition, c'est que leur action

1. Dugas, *Revue philosophique*, 1894, II, p. 40.

soit insignifiante, c'est ce qui fait que leurs agitations, leurs impulsions sont si peu dangereuses : ils peuvent se promener, bavarder, gémir devant des intimes ; mais dès que l'action devient importante et par conséquent réelle, ils cessent de pouvoir agir, ils abandonnent peu à peu le métier, la lutte contre les autres, les relations sociales, etc. Quelques-uns rattachent ce défaut d'action réelle à la timidité. « Moi, dont tout l'être, dit Amiel, pensée et cœur a soif de s'absorber dans la réalité, dans le prochain, dans la nature et en Dieu, moi que la solitude dévore et détruit, je m'enferme dans la solitude et j'ai l'air de ne me plaire qu'avec moi-même. La fierté et la pudeur de l'âme, la timidité du cœur m'ont fait violenter tous mes instincts, intervertir absolument toute ma vie[1]. » Il faudrait discuter si, comme le pense Amiel, cet éloignement du réel dépend de la timidité ou si ce n'est pas, comme je le crois, la timidité qui résulte de cette incapacité d'affronter le réel. Mais pour le moment je constate seulement combien cet éloignement de la réalité existe au fond de tous les troubles notés chez les scrupuleux. D'autres malades ne donnent pas l'interprétation d'Amiel, « ce n'est pas l'action elle-même qui m'est difficile, dit Claire, c'est de prendre l'action réelle, de faire l'action pour le monde réel, c'est là ce qui me fait prendre pour une timide ».

Jean, depuis l'enfance, a une existence spéciale : ne faisant ni du bien, ni du mal, parfaitement insignifiant à tous les points de vue, ne se préoccupant en rien du monde donné, il vit, comme disaient déjà ses maîtres au collège, « étranger aux choses, étranger à tout ». Il n'a jamais pu s'intéresser à quoi que ce soit de la réalité, il n'a acquis aucune habileté manuelle « il ne sait que faire de ses dix doigts ». C'est en vain qu'on a voulu lui apprendre à jouer de la musique, à dessiner, à relier des livres, à travailler un peu la terre à la campagne, il n'a rien pu comprendre à ces divers travaux pratiques. Et, en effet, quand on cherche à comprendre cet étrange garçon, on reconnaît que c'est la pratique de la vie qui lui manque d'une manière invraisemblable. Quoiqu'il ait toujours été dans l'aisance, il ne connaît aucunement la valeur de l'argent, de la fortune ; il a vécu dans un pays agricole et il ignore tout de l'agriculture. Ce garçon de 30 ans, très intelligent, je le répète, est au désespoir quand il lui faut trouver son dîner dans les rues de Paris. Choisir un restaurant, y entrer, commander son

1. Amiel, *Journal intime*, I, 159.

dîner lui paraît une opération inouïe : il ne s'agit pas là de timidité ou d'obsession, c'est l'acte pratique dont il n'a pas la moindre notion. Il en est de même à des degrés différents pour tous nos sujets. Il faut interroger sur ce point, non les malades, mais leur famille et j'ai entendu bien des gémissements venant des mères, des maris ou des femmes des malades. On répète toujours que le malade n'a jamais été pratique, qu'il dépensait l'argent à tort et à travers, qu'il ne se rendait pas compte de sa fortune, de sa situation réelle, qu'il ne savait rien organiser, rien réussir. L'entourage des malades insiste aussi sur cette absence d'habileté manuelle qui est souvent chez eux un signe de leur défaut de sens pratique.

Les malades gardent plus d'activité pour les choses qui sont plus éloignées de la réalité matérielle, ils sont plus facilement psychologues, Jean, qui ne voit rien des choses matérielles, fait des remarques morales sur les gens et ces remarques sont souvent fines. Ils aiment la littérature comme Gisèle et tournent au bas bleu, ils aiment surtout la philosophie comme Qsa... et deviennent de terribles métaphysiciens : quand on a vu beaucoup de scrupuleux, on en arrive à se demander avec tristesse si la spéculation philosophique n'est pas une maladie de l'esprit humain. Ces quelques remarques et ces quelques études dont plusieurs malades sont encore capables ne font que confirmer le caractère général de leur esprit qui est toujours l'éloignement de la réalité concrète.

Une conséquence très remarquable et un peu inattendue de cet éloignement du réel, c'est l'ascétisme. Jean ne s'intéresse à rien, n'admire rien, n'aime rien ; il n'a qu'une préoccupation en dehors de ses obsessions c'est de faire le moins d'efforts possible dans la vie. Comme ces efforts amènent des délibérations, des scrupules interminables, il ne tient pas assez à la réalité pour braver ces accidents : aussi en arrive-t-il, peu à peu, à se passer de tout, à renoncer à tout. Il a une vie d'une régularité, d'une sobriété, d'une simplicité invraisemblable pour la situation où il se trouve : « il n'y a pas de mérite à cela, me répond-il quand je lui en fais la remarque, les choses auxquelles vous tenez ne m'intéressent pas et ne me causent aucun plaisir ; je suis séparé de votre vie par un fossé ». C'est à cet ascétisme qu'arrivent tous les scrupuleux : Nadia malgré ses qualités brillantes s'est peu à peu retirée du monde, elle vit depuis cinq ans dans un petit appartement d'où elle ne sort presque jamais. En dehors de son médecin et de quelques personnes de sa famille qu'elle reçoit de temps en

temps, elle ne voit absolument personne et vit aussi retirée du monde que si elle était dans un couvent. Tous en arrivent ainsi peu à peu à simplifier leur vie, non seulement par le progrès de la maladie, par suite des manies et des phobies, mais parce qu'ils sont au fond désintéressés de la vie réelle.

Je voudrais rattacher encore à cet éloignement du réel les troubles que nous avons notés précédemment sur le sens du temps. Bain dit que « pour comprendre la conduite de l'homme, il faut toujours tenir grand compte de la puissance absorbante du présent[1] ». Cette remarque n'est pas exacte pour nos malades, car le présent n'est pas absorbant pour eux. Il me semble évident qu'ils ne mettent pas la même différence que nous entre le présent et le passé.

Ils accordent une importance disproportionnée au passé et à l'avenir et surtout au passé. Löwenfeld, comme on l'a vu, signalait un malade *absorbé par le passé*[2], mais nous avons montré que ce caractère à des degrés divers est absolument général : « ils ne vivent pas dans le présent, répètent toujours leurs proches ; ils sont toujours en train de se raconter à eux-mêmes et d'arranger dans leur imagination quelques faits anciens. » Ils sont convaincus, comme disait Xyb..., que le présent ne peut jamais effacer le passé. » C'est à cause de ce peu d'intérêt accordé au présent que les scrupuleux n'ont aucune notion de l'heure et qu'ils sont toujours en retard. C'est également pour cela qu'ils ont le singulier sentiment que nous décrivaient Ver... et Bei..., ces malades atteints de dépersonnalisation, le sentiment de ne plus distinguer hier, aujourd'hui et demain. Aujourd'hui se distingue pour nous par un coefficient plus élevé de réalité et d'action, c'est parce qu'ils sont éloignés du réel qu'ils n'ont plus le sens du présent.

Enfin, une dernière remarque doit être ajoutée aux observations précédentes, c'est qu'on retrouve un trouble analogue même dans les phénomènes pathologiques des psychasthéniques, dans leurs hallucinations et dans leurs impulsions. Comme j'ai essayé de le démontrer, ils n'ont que des pseudo-hallucinations qui ont tous les caractères de l'hallucination excepté le sentiment de la réalité ; ils ont des impulsions qui ont tous les caractères de la coer-

1. Bain, *Les émotions et la volonté*, p. 501 (Paris, F. Alcan).
2. Löwenfeld, *Psychiatrische Wochenschrift*, 10 juin 1899.

cition morale sauf le pouvoir de déterminer des actions réelles. Cette remarque est intéressante, car elle me paraît ici échapper à l'objection que jusqu'à présent nous faisions constamment. Si les émotions, les sentiments, les actions de ces malades sont incomplets et loin de la réalité, disions-nous, c'est peut-être parce qu'ils ont une idée fixe d'imperfection qui les arrête. Eh bien, ces malades ne se doutent pas que l'hallucination serait à notre point de vue un phénomène parfait. Ils ne se rendent même pas compte des caractères d'une vraie hallucination et quand ils nous décrivent leurs hallucinations si imparfaites, ils ne peuvent y mettre aucune humilité.

Ils n'ont de même aucune idée sur le résultat des pratiques d'hypnotisme. Ils désirent plutôt le sommeil qu'ils croient utile pour leur guérison. Cependant les expériences hypnotiques longtemps et sérieusement continuées m'ont montré que tant que les scrupuleux sont très malades ils ne sont ni hypnotisables, ni suggestibles. Tous ces phénomènes d'impulsion, de suggestion et d'hallucination consistent surtout à donner au sujet l'illusion de la réalité ; il est curieux de voir que les scrupuleux les ont perdus comme les précédents. Non seulement ils n'ont plus l'appréhension de la réalité véritable, mais ils n'arrivent pas non plus à l'illusion de la réalité. Ce fait suffirait à prouver, s'il en était besoin, que le trouble ne consiste pas dans une action insuffisante de la réalité sur le sujet, mais dans une insuffisance des opérations mentales qui conduisent soit à la perception de la réalité, soit à l'illusion de cette perception.

On pourrait donc réunir un assez grand nombre de leurs troubles psychologiques en supposant, contrairement à l'opinion commune, que la réalité présente exige une complexité spéciale de l'opération psychologique et qu'il y a par conséquent une fonction spéciale que l'on peut appeler la *fonction du réel*. C'est *un trouble dans l'appréhension du réel par la perception et par l'action* qui résume les troubles présentés par nos malades en dehors de leurs manies et de leurs obsessions.

L'étude des troubles physiologiques est plus simple et il est plus facile de les résumer. On a observé des douleurs dans la tête en relation probablement avec une insuffisance de régularisation de la pression intracéphalique et avec des troubles vasomoteurs, des troubles digestifs en rapport avec l'atonie gastro-

intestinale, de l'hypoacidité urinaire, de la faiblesse cardiaque et de l'hypotension vasculaire, des troubles des sécrétions et des troubles des fonctions génitales.

D'une manière générale ce sont les symptômes de la neurasthénie. Nous aurons à discuter, à propos du diagnostic, s'il y a lieu de séparer les obsessions et l'angoisse de la neurasthénie proprement dite. Pour le moment il suffit de remarquer que l'on note dans tout l'organisme les signes d'un épuisement nerveux qui est parallèle à la diminution d'activité psychique.

En un mot les caractères généraux des stigmates psychasthéniques peuvent être maintenant résumés par ces trois notions plus simples : 1° le sentiment d'inachèvement, d'incomplétude des opérations psychologiques ; 2° la diminution ou la perte de la fonction du réel ; 3° les symptômes physiologiques de l'épuisement nerveux.

3. — *Les périodes psychasthéniques.*

Ces phénomènes psychologiques et physiologiques que j'ai appelés des stigmates psychasthéniques ne sont pas continuels pendant toute la vie du malade, ils n'existent pas sans interruption, même dans les cas les plus graves, depuis la naissance jusqu'à la mort. Je crois que cette notion est capitale et qu'elle n'a pas assez frappé l'esprit de ceux qui considèrent cette maladie comme une simple dégénérescence mentale. Le raisonnement seul pourrait d'abord faire prévoir ce caractère : la plupart des sentiments anormaux exprimés par les malades ne sont intelligibles que si on suppose dans leur esprit une comparaison entre l'état actuel de maladie et un état de santé antérieur. Les sujets vous disent sans cesse qu'ils descendent, qu'ils ont perdu leur force, leur intelligence, leur personne : il faut donc admettre qu'ils aient été plus haut, qu'ils aient eu à un moment donné une autre force, une autre intelligence, une autre personne.

Le sentiment du réel dont nous ignorons presque complètement le mécanisme, doit être un phénomène relatif et dépendre d'un certain degré d'activité moyenne auquel l'individu est accoutumé. Un idiot qui a eu toute sa vie une activité mentale faible arrive cependant à un certain sens du réel qui lui suffit. Il est

bien probable que si nos malades avaient toujours eu cette même faiblesse de pensée, ils ne s'en apercevraient pas maintenant et ne se plaindraient de ne pas saisir la réalité, de trouver que tout est lointain, que tout est mort. Ce raisonnement qui peut s'appliquer à presque tous les symptômes montre bien que les stigmates psychasthéniques appartiennent à un état accidentel et de nature transitoire, comme une véritable maladie.

D'ailleurs l'observation est sur ce point très démonstrative: sans entrer dans l'étude de l'évolution de la maladie à laquelle je consacrerai un chapitre spécial, je puis faire remarquer ici que chez tous les malades sans exception ces stigmates constituant l'état psychasthénique se sont présentés par périodes. Il est vrai seulement que dans les cas graves ces périodes peuvent durer très longtemps.

Dans certains cas particulièrement typiques les périodes sont très précises et peuvent ne durer que quelques jours. Dans ces cas on peut bien noter l'apparition des troubles, leur évolution et leur disparition. Les auteurs qui ont décrit la dipsomanie, comme M. Magnan, ont bien remarqué les troubles mélancoliques, la confusion qui précède souvent de plusieurs jours l'impulsion proprement dite[1]. M. Séglas est l'un de ceux qui ont le mieux noté chez les obsédés l'apparition de ces périodes qui « réalisent, dit-il, comme une forme atténuée de la confusion mentale... Il y a pendant deux ou trois jours une exagération de quelques symptômes neurasthéniques... Les malades ne se reconnaissent plus eux-mêmes, ne se trouvent plus comme auparavant. L'attention est très défectueuse, difficile à fixer, facile à fatiguer ; la mémoire est paresseuse et infidèle, la volonté est atteinte dans sa forme motrice et l'aboulie se traduit par une invincible apathie[2] ».

Chez beaucoup de nos malades on peut observer ces périodes de psychasthénie qui préparent les crises d'obsession : les choses se passent ainsi chez Got..., chez Pot... Je prendrai surtout comme exemple l'observation de Kl... Cette femme a eu autrefois de longues périodes maladives durant des années; actuellement les périodes sont courtes, elles ne durent que quelques jours et elles cessent d'une manière assez nette. Le trouble survient en général quelques jours après la fin des

1. Magnan, *La dipsomanie*, p. 98.
2. Séglas, *op. cit.*, p. 70.

règles, il a été préparé par diverses émotions dont nous étudierons l'importance, il s'annonce presque toujours par une modification du sommeil, la malade dort moins bien et d'une manière bizarre. Il lui semble qu'elle dort trop profondément et en même temps qu'elle ne se repose pas. Ceux qui ont étudié le sommeil des épileptiques sont habitués à cette description. En même temps Kl... sent que son sommeil est douloureux, qu'elle a tout en dormant une douleur qui se forme au-dessus de la tête ; c'est ce qu'elle appelle « avoir la fièvre dans la tête » Quand elle se réveille le matin en se souvenant qu'elle a eu pendant le sommeil la fièvre dans la tête elle est certaine qu'elle va encore être malade. En effet, elle se sent dans cette première journée mal à son aise, elle est fatiguée, elle souffre de la tête, elle n'a aucun appétit ; les digestions sont longues, pénibles, accompagnées de pesanteur et de gonflement de la région épigastrique, la langue est devenue immédiatement tout à fait saburrale, et la constipation est opiniâtre. On voit que du moins chez cette malade ce sont les symptômes physiques qui semblent apparaître les premiers.

La nuit suivante est encore plus mauvaise et la « fièvre de tête » plus forte. Quand la malade se réveille elle est moralement troublée : « Je sens que je n'y suis plus, j'ait tout à fait perdu ma volonté, on peut faire de moi ce que l'on veut, puisque je suis devenue une machine... je ne peux plus lire ni comprendre... les gens me paraissent drôles et j'ai envie de me fâcher contre eux parce qu'ils ont de drôles de têtes... je deviens étrange, incompréhensible à moi-même et je m'interroge sur une foule de choses. » Voici donc que surviennent nos symptômes psychasthéniques qui forment très nettement chez cette personne une période maladive. Quand ces symptômes ont duré en s'aggravant, la moindre occasion, un effort pour retrouver la volonté absente, un effort d'attention, ou une petite émotion va déterminer le début d'autres phénomènes que nous connaissons bien ; la malade va avoir une crise de rumination mentale et s'interroger indéfiniment sur la naissance de son enfant. « La petite tache qu'il porte au derrière est-elle la preuve qu'il soit de son mari, peut-on concevoir des enfants sans avoir eu d'amants, etc. » Ou bien si la malade veut se débarrasser de ces questions obsédantes, elle va avoir de l'agitation motrice et entrer dans de véritables crises d'excitation. Si la période se prolonge les idées obsédantes

vont devenir plus nettes et Kl... va s'accuser d'avoir trompé son mari avec tout le monde, va avoir des remords, des hontes d'elle-même, etc...

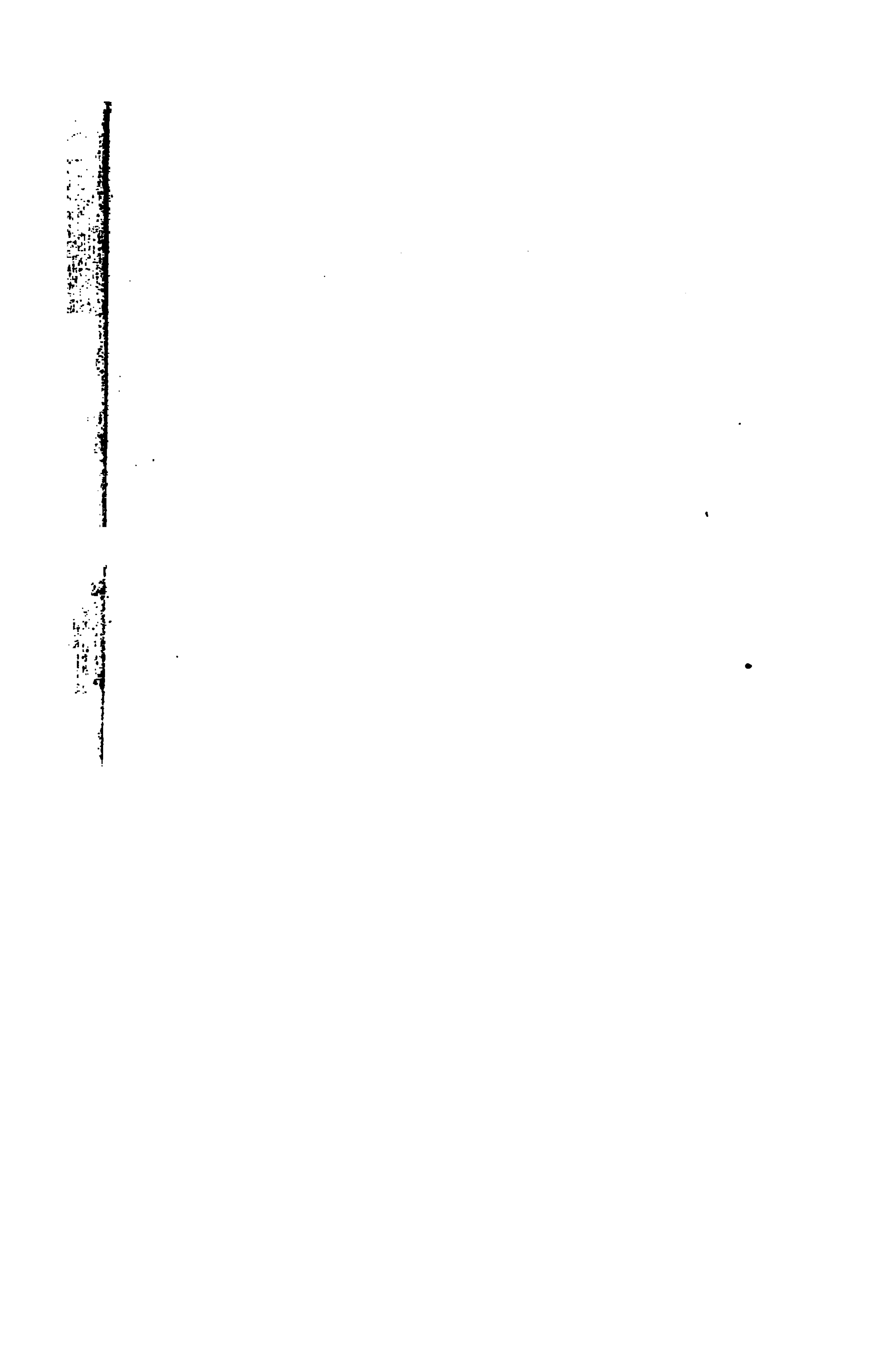
Autrefois les périodes ainsi commencées se prolongeaient pendant des mois. Aujourd'hui, la crise de rumination ou d'excitation ne survient fortement que deux ou trois fois pendant quelques heures, la malade n'y est exposée que pendant deux ou trois jours. Le sixième ou le septième jour de la maladie, surtout si elle a pris quelques soins est déjà moins grave, il n'y a plus de véritables crises d'agitation forcée. Tout se borne aux symptômes de l'état psychasthénique encore très graves, aboulie, sentiment d'étrangeté et un certain degré de dépersonnalisation. Ces symptômes diminuent le jour suivant et quand Kl... a dormi une bonne nuit sans « fièvre de tête » tout est fini.

Ce cas remarquable est très instructif : il nous montre que la période psychasthénique est plus longue que la crise d'agitation forcée. La crise d'agitation forcée et surtout la crise d'obsession se surajoutent à la période psychasthénique, ces crises commencent quelque temps après le début de la période maladive, et en général elles disparaissent quelque temps avant elle. On peut donc, dans les cas très nets comme celui-ci, dire que les stigmates sont les préliminaires de la crise d'obsession, qu'ils constituent une sorte d'*aura* analogue aux troubles respiratoires et à la boule des hystériques. Mais il ne faut pas oublier que les choses ne sont pas aussi nettes que dans l'hystérie : les stigmates qui jouent le rôle d'aura ne disparaissent pas quand la crise est commencée, ils persistent tout le temps plutôt aggravés ; en outre cette aura ne précède pas une seule crise, mais plutôt un état de mal pendant lequel les crises sont nombreuses à propos des circonstances que j'ai indiquées et entre lesquelles l'état psychasthénique se prolonge.

Il est bien évident que chez d'autres malades les choses ne sont pas aussi nettes, l'état psychasthénique ne disparaît pas complètement au bout de quelques jours ; il persiste constamment plus ou moins atténué et on observe seulement une augmentation de ces stigmates qui précède et annonce les crises. Nous reverrons avec plus de précision ces divers groupements des symptômes en étudiant l'évolution de la maladie. Ce tableau présenté par les cas typiques était seulement destiné à résumer et à présenter dans leur ensemble les divers phénomènes que nous venons de passer en revue dans cette étude surtout descriptive et clinique.

DEUXIÈME PARTIE

ÉTUDES GÉNÉRALES SUR L'ABAISSEMENT DE LA TENSION PSYCHOLOGIQUE



CHAPITRE PREMIER

THÉORIES PATHOGÉNIQUES

LES MODIFICATIONS DE LA TENSION PSYCHOLOGIQUE

Dans l'ignorance où nous sommes des fonctions essentielles du système nerveux et des causes qui déterminent l'augmentation ou la diminution des opérations cérébrales, les théories pathogéniques des troubles de l'esprit ne peuvent guère être que des classifications aussi naturelles que possible des symptômes observés. Elles doivent se borner à déterminer quel est le groupe de symptômes que l'on considère comme principal et auquel on essaye de rattacher tous les autres et quels sont au contraire les symptômes que l'on considère comme secondaires et que l'on met sous la dépendance des premiers. Comme les symptômes sont ici essentiellement des phénomènes psychologiques, les théories ont pour but de rechercher quels sont, à nos yeux, les phénomènes psychologiques dominateurs et quels sont les phénomènes psychologiques secondaires.

A côté de ces théories qui classent les symptômes les uns par rapport aux autres, il faut placer d'autres théories plus générales qui cherchent les rapports entre cette maladie de l'obsession et les autres maladies mentales ou même physiques. Ce sont encore des classifications qui établissent les rapports de cette maladie avec les autres. Il ne faut pas confondre ces deux genres de théories : la théorie de Westphal qui rattache tous les symptômes à l'obsession intellectuelle est une théorie psychologique du premier genre, la théorie de M. Magnan qui considère tous ces phénomènes sans exception comme des stigmates de dégénérescence mentale est une théorie médicale du second genre; il ne faudrait pas non plus opposer ces deux théories l'une à l'autre, elles peuvent être vraies ensemble, car elles

répondent à deux questions différentes. Nous nous occuperons d'abord des premières théories qui essayent d'arriver à une interprétation psychologique, c'est-à-dire à une classification naturelle des symptômes les uns par rapport aux autres et nous réserverons pour les chapitres suivants les études relatives à l'étiologie et à la classification de la maladie par rapport aux autres névroses.

Ces symptômes, dans l'analyse que nous en avons faite, nous ont paru se répartir en trois groupes d'après leurs analogies :

1° Le groupe constitué par les obsessions proprement dites, c'est-à-dire par des idées contenant une représentation assez nette, ayant pour objet déterminé une conception générale et envahissant la conscience des sujets d'une manière excessive et involontaire. Ces obsessions avaient des caractères spéciaux dont le principal était un défaut de conclusion, d'achèvement, ces idées ne parvenant jamais, ni à l'action, ni à l'hallucination, ni à la certitude.

2° Un groupe très varié de processus, c'est-à-dire d'opérations psychologiques s'effectuant d'une manière plus ou moins irrésistible dans l'esprit des sujets. Ces opérations étaient des mouvements diffus ou systématisés sous forme de tics, des émotions angoissantes, des ruminations mentales, c'est-à-dire des opérations intellectuelles, interminables qui ne formulaient pas des idées précises, mais qui se répétaient indéfiniment sans arriver à des conclusions. Ces diverses opérations excessives, inutiles et d'ordre inférieur constituaient les agitations forcées.

3° Des insuffisances psychologiques, c'est-à-dire des troubles de certaines opérations psychologiques qui ne s'effectuaient plus comme à l'état normal; ces troubles consistaient d'abord en sentiments pathologiques d'irréalité, d'impuissance, d'incomplétude, puis en altérations réelles des fonctions qui étaient surtout des phénomènes d'aboulie et d'aprosexie.

Le problème de l'interprétation psychologique de cette maladie consiste à savoir lequel de ces trois groupes doit être considéré comme le plus important et comme le point de départ des deux autres. Il en résulte qu'il y aura théoriquement trois groupes de théories principales suivant que l'on prendra pour point de départ l'un de ces groupes ou l'un des phénomènes appartenant à tel ou tel de ces groupes.

On aura ainsi *des théories intellectuelles* qui mettront au premier rang l'obsession proprement dite ou l'idée qui tourmente le sujet.

On aura des théories qui prendront pour point de départ l'une des agitations forcées et le plus souvent les attaques d'angoisse, il en résulte que les théories de ce groupe seront surtout *des théories émotionnelles*.

Enfin il est naturel de concevoir des interprétations qui s'appuient sur le troisième groupe de faits, qui accordent la plus grande importance aux insuffisances psychologiques et en particulier aux aboulies et que l'on peut appeler *des théories psychasthéniques*. Nous résumerons les deux premières théories et nous insisterons sur les dernières qui nous semblent présenter plus d'intérêt.

PREMIÈRE SECTION

THÉORIES INTELLECTUELLES ET THÉORIES ÉMOTIONNELLES

Les premiers observateurs semblent avoir été surtout frappés par le phénomène intellectuel assez bizarre de l'obsession et supposent tout naturellement que le trouble principal est dans l'intelligence des malades[1].

1. — *Exposé des théories intellectuelles.*

Déjà en 1854 pendant la discussion qui eut lieu à la société médico-psychologique sur les monomanies Delasiauve et Peisse furent disposés à penser que le trouble est primitivement dans l'intelligence et non dans le sentiment[2].

Griesinger en 1868[3], décrivant des faits relatifs à la manie du pourquoi et du comment en fait une obsession avec conscience sous forme de question et de doute. Il décrit en somme certaines formes de rumination mentale et les obsessions qui s'y rattachent : il n'a pas remarqué les phénomènes d'angoisse et ne fait aucune allusion aux phobies qui sont pourtant fréquentes chez les mêmes malades et il soutient que le trouble est exclusivement dans les idées indépendamment de toute complication émotive ou passionnelle.

Un mémoire qui fit époque et qui contient une expression plus précise de la même théorie est celui de Westphal, 1877, Ueber

1. Pour tous ces renseignements historiques, je dois beaucoup à l'étude historique présenté par M. Ladame au Congrès des aliénistes allemands à Berlin, publiée in extenso dans un article des *Annales méd. psych.*, 1890, II, 372 et dans la *Revue de l'Hypnotisme*, 1891, p. 132, et au rapport remarquable sur les obsessions présenté par MM. Pitres et Régis, au Congrès de médecine de Moscou en 1896.

2. Delasiauve, *Ann. méd. psych.*, 1854, p. 118, 276. Peisse, *Ann. méd. psych.*, 1854, p. 283.

3. Griesinger, Ueber einen wenig bekannten psychopastichen Zustand. *Archiv für Psychiatrie*, I, 1868, p. 626.

zwangsvorstellungen [1]. En premier lieu, l'auteur observe bien le caractère incomplet du délire : jamais, dit-il, l'obsession ne devient une véritable idée délirante car les malades ne l'assimilent jamais complètement comme font les aliénés systématiques, l'obsession reste toujours étrangère au moi des malades. L'auteur ajoute ensuite un second caractère qu'il croit fondamental, c'est que l'obsession n'est jamais sous la dépendance d'un état émotif ou passionnel, c'est qu'elle est un trouble originel de l'idée. Quand l'obsession apparaît pour la première fois le malade peut être dans un état de tranquillité parfaite, d'indifférence, sans trace d'émotion. Les accès d'angoisse n'apparaissent que plus tard et sont toujours secondaires : jamais on ne trouve l'angoisse primaire comme dans d'autres psychoses, la mélancolie ou l'hypocondrie. Si on a cru constater l'angoisse en même temps que l'obsession c'est une simple coïncidence.

Cette opinon de Westphal qui considère les obsessions comme de simples troubles intellectuels semblent prévaloir dans les travaux de Meynert, 1877, de Buccola, 1880, de Tamburini, 1880, de Morselli, 1885, de Hack-Tuke, 1894 [2]. Nous retrouvons la même affirmation dans l'ouvrage de MM. Magnan et Legrain 1895. « Les phénomènes de l'émotion ne sont que des réactions secondaires... si le sympathique intervient il le fait secondairement et non primitivement, il obéit à la situation mentale au lieu de la commander... L'onomatomanie, la folie du doute, le délire du toucher, l'écholalie sont sans aucun doute des troubles du fonctionnement de l'écorce. Enfin, rappelons que les phénomènes émotionnels ont une intensité très variable, qu'ils sont souvent réduits à peu de chose et que dans certains cas ils disparaissent [3]. » Même conception également dans le travail de Mickle, 1896 : ce sont les troubles de l'idée qui prévalent toujours. « L'idée impérative est le grand facteur, les troubles émotifs peuvent être considérés comme secondaires et sont dus au conflit entre l'idée et la volonté [4]. »

1. Westphal. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1872, p. 390. *Ueber zwangsvorstellung*, 1877.

2. Meynert, Abortive Verruckheit. *Psych. Centralbl.*, 1877. Buccola. *Rev. sper. di freniatria*, 1880. Tamburini, Sulla pazzia del Dubbio. *Rev. sper. di fren.*, 1880. Morselli, *Manuale di Semeiotica*, 1885 Hack-Tuke, *Brain*, 1894.

3. Magnan et Legrain, *Les dégénérés* (Bibl. Charcot-Debove), 1895, p. 174.

4. J. Mickle, Mental Besetments or Obsessions. *Mental Science*, oct. 1896, d'après Pitres et Régis, *op. cit.*, p. 8.

Enfin dans la dernière édition du traité de psychiatrie de Krafft-Ebing, l'émotion de l'obsédé est considérée comme secondaire, comme la réaction de la représentation obsédante sur la vie émotive du malade. Tout au plus l'auteur convient-il qu'il y a lieu de constituer une variété où l'émotion joue un assez grand rôle[1], c'est d'ailleurs à cette conclusion que parvenaient également Tamburini, Luys, J. Falret.

2. — *Discussion des théories intellectuelles.*

Cette opinion cependant ne semble pas en faveur aujourd'hui, elle est fortement battue en brèche dans le mémoire de MM. Pitres et Régis, qui résumait l'état actuel de la question, et je suis disposé à partager l'opinion de ces auteurs. Je remarquerai d'abord que cette théorie dite intellectuelle de l'obsession est excessivement vague et ne nous apprend absolument rien sur la nature de ce trouble intellectuel ni sur son mécanisme : elle affirme simplement que les troubles intellectuels sont les premiers de tous. Il faudrait pourtant s'entendre sur ce que l'on désigne par ces mots « troubles intellectuels » qui peuvent avoir ici trois significations : 1° ils peuvent désigner l'obsession proprement dite, cette idée saugrenue qui s'impose au malade et lui fait penser : qu'il a violé et assassiné une vieille femme devant une église ; 2° ils peuvent désigner les manies mentales, ces mauvaises habitudes, de répéter une opération psychologique parfaitement inutile comme de se souvenir, de chercher, de compter, de juger ; 3° on peut entendre par troubles intellectuels les sentiments d'étrangeté, d'inintelligence, les troubles de l'attention, de la perception personnelle, etc. Les partisans de théories intellectuelles sont bien loin de nous dire avec précision lequel de ces trois sens ils adoptent.

Il semble certain que les auteurs ne parlent pas du troisième groupe dont ils semblent ne pas soupçonner l'importance ou dont ils font une maladie à part, quand ils sont forcés de les constater ainsi qu'il arrive dans la névrose cérébro-cardiaque de Krishaber. Ils confondent les deux premiers groupes, mais ils accordent évi-

1. Krafft-Ebing, *Traité de psychiatrie*, trad. Laurent, 1897, p. 545.

demment plus d'importance au premier et en somme les théories intellectuelles semblent être des théories qui, d'une manière il est vrai fort vague, admettent la priorité de l'idée obsédante. Pouvons-nous partager cette opinion ?

Les arguments présentés par Westphal et par les auteurs intellectualistes se bornent à nous montrer qu'il y a des obsessions sans angoisses et sans troubles émotionnels préalables. La remarque est très juste, mais elle se borne à contredire les théories émotionnelles, elle ne donne pas de preuve directe de la priorité de l'idée obsédante. D'autre part on peut objecter bien des arguments contre cette priorité.

L'observation clinique permet déjà de faire des réserves : ces idées obsédantes, nettes, déterminées, données par le malade comme une interprétation de son mal ne sont pas aussi communes qu'onle croit. Si on veut bien ne pas isoler arbitrairement les malades qui ont des véritables obsessions, si l'on réunit en un ensemble, comme j'ai essayé de le faire, tous ceux qui par la grande majorité des symptômes psychologiques et par l'évolution de leur maladie sont réellement du même genre, on verra que beaucoup de ces sujets ont simplement des tics, des agitations mentales, des angoisses, des sentiments variés d'incomplétude et n'ont pas d'idées obsédantes proprement dites. Dob... a des grandes angoisses qui se produisent dans des circonstances particulières, ce qui fait qu'on peut les nommer des agoraphobies, des peurs de l'espace ; mais c'est nous qui donnons ce nom et cette explication. La malade répète toujours qu'elle n'a aucune idée absurde à propos des grandes places ou des rues, elle se défend d'avoir des idées de honte ou de pudeur exagérée, elle dit qu'une crise la prend dans la rue sans qu'elle sache pourquoi [1]. En somme elle a des crises d'angoisse physiologique et n'a pas d'idée obsédante antérieuree à ces crises. Mw... est tourmentée par la manie des serments, c'est déjà plus intellectuel, mais il n'y a pas là d'idée déterminée, elle ne fait pas ces serments par principe en vertu d'une théorie de la vie qu'elle se soit faite. Elle ne sait pas pourquoi elle les fait, elle ne les rattache à rien, c'est une habitude, un tic de l'esprit, ce n'est pas une idée ayant un objet déterminé et représentant quelque chose.

1. Même remarque sur un agoraphobe dans un article de M. Van Eeden, d'Amsterdam, Les obsessions. *Revue de l'hypnotisme*, 1892, p. 5.

Cependant ces mêmes malades peuvent avoir des idées obsédantes, mais ils les auront plus tard, car on voit dans l'évolution de beaucoup de sujets que des obsessions viennent après cette période. Claire a eu toutes ses idées de honte, d'auto-accusation, quatre ou cinq ans après le debut de la maladie et pendant toute cette première période elle avait simplement des sentiments de manque de foi, d'incomplétude, des manies, des tics, des agitations. Gisèle a eu des angoisses longtemps avant d'avoir ses remords de vocation. Sans doute il y a des cas où tout parait commencer à la fois, où il y a en même temps les manies de propreté, les angoisses et l'obsession du chien enragé, mais ces cas sont plutôt rares et la règle générale c'est que l'idée est un symptôme terminal.

A ces observations cliniques s'ajoutent des réflexions psychologiques. Une idée est un phénomène psychologique complexe qui demande des antécédents en rapport avec ses caractères et il ne me semble pas facile de comprendre comment de semblables idées peuvent se former dans un esprit, comment elles peuvent prendre les caractères de l'obsession s'il n'y a aucun trouble psychologique antérieur.

On pourrait penser à la formation de certaines idées fixes par un mécanisme analogue à celui de la suggestion hypnotique[1]. Mais en premier lieu la suggestion hypnotique suppose des troubles préalables et, ce qui est particulièrement grave, la suggestion hypnotique n'existe pas chez les scrupuleux. C'est là un point sur lequel j'ai beaucoup insisté et que je considère comme important. Les scrupuleux ne se comportent pas du tout comme les hystériques vis-à-vis de la suggestion, ils ne la subissent que dans une mesure très imparfaite et qui est tout à fait insuffisante pour engendrer une idée fixe. C'est donc à tort que beaucoup d'auteurs font appel à cette analogie pour expliquer la formation des obsessions. Il reste que l'obsession serait tout à fait inexplicable si on la considérait comme primitive.

Ces raisons que je viens de résumer et d'autres du même genre ont diminué la confiance dans les théories dites intellectuelles qui aujourd'hui ont certainement peu de partisans.

1. Arie de Jong (de La Haye). *Congrès de médecine de Moscou*, août 1897.

3. — *Exposé des théories émotionnelles.*

Dès l'origine de ces études, une autre interprétation s'est opposée aux interprétations intellectuelles que nous venons de résumer. L'une des premières descriptions des obsessions a été donnée par Morel en 1866 sous le nom de *délire émotif*, ce qui indique bien le point de vue auquel cet auteur se plaçait. Quand Westphal soutint à la société médico-psychologique de Berlin la thèse intellectuelle en 1877, il fut vivement combattu par Jastrowicz et par Sander[1]. Berger, de Breslau, fut plus affirmatif encore puisqu'il rangeait sans hésitation les obsessions parmi les névroses émotionnelles[2].

Cette conception de la nature émotive des obsessions qui était en somme celle de Morel est reprise par Legrand du Saulle. « Le délire émotif, dit-il, n'est que la résultante de toutes les impressionnabilités anxieuses possibles, tandis que la peur des espaces se limite à une angoisse pénible, terrifiante en face du vide ou dans des conditions absolument spéciales[3]. » Legrand du Saulle, comme on va le faire plus tard, distingue déjà très bien les émotions diffuses et les émotions systématisées. Cette doctrine va se retrouver sans grandes modifications chez Brosius, Wille, 1881, Wernicke, Krafft-Ebing. Les mêmes idées semblent se préciser un peu avec Friedenreich, 1887[4], Hans Kann, Schuele ; ces auteurs examinent de préférence un phénomène spécial, la crise d'angoisse, ils considèrent cette crise d'angoisse comme le symptôme principal de l'état psychasthénique et comme le point de départ de l'obsession. M. Féré, 1892[5], admet que les idées fixes ont leur origine dans l'émotivité morbide, pour M. Dallemagne[6] l'émotion est toujours le fait primitif, et M. Séglas dit même que l'obsession repose toujours sur un fond d'émotivité pathologique[7].

1. *Archiv für Psych.*, VIII, 1878, p. 734, 750.
2. Berger, *Archiv. für Psych.*, VI, 1876, p. 217 ; VII. 1878, p. 616.
3. Legrand du Saulle, *Agoraphobie*, p. 46.
4. Friedenreich, *Neurologisch. Centralblatt*, 1887.
5. Ch. Féré, *Pathologie des émotions*, 1892, p. 453 (Paris, F. Alcan).
6. Dallemagne, *Dégénérés et déséquilibrés*, 1895, p. 573.
7. Séglas, *Leçons cliniques*, 1895, p. 81.

M. Ballet ajoute un mot de plus qui me parait avoir une certaine importance : il place les obsessions parmi les anomalies de l'émotivité et de la volonté chez les dégénérés[1]. Je ne parle pas pour le moment du mot « dégénérés » dont à mon avis on a singulièrement abusé dans cette question ; je remarque seulement que M. Ballet ne se borne pas comme les auteurs précédents à parler de l'émotion mais qu'il indique au moins comme problème les troubles de la volonté.

M. Freud, de Vienne, précise d'abord la notion de l'angoisse, il en décrit avec précision une dizaine de formes caractérisées par certains phénomènes physiologiques prédominants, il nous suffit de rappeler les titres de ces variétés, car il est facile de voir que plusieurs d'entre elles ont été décrites quand nous avons examiné les phénomènes physiologiques de l'attaque d'angoisse : 1° Attaque cardiaque (pseudo-angine de poitrine). 2° Attaque respiratoire (dyspnée nerveuse, faux asthme). 3° Attaque de sueurs profuses, souvent nocturnes. 4° Attaque de secousses et de tremblements (non hystériques). 5° Attaque de boulimie (ce dernier phénomène a été décrit par nous à propos des troubles psychologiques : chez les malades qui ont présenté de la boulimie, celle-ci était en rapport avec des sentiments de faiblesse, de fatigue, d'aboulie tout à fait caractéristiques). 6° Attaque de diarrhée ou de polyurie. 7° Attaques vaso-motrices. 8° Attaques de paresthésies. 9° Attaques de frayeurs nocturnes avec réveils angoissants. 10° Attaques de vertige[2]. Par cette description précise, Freud et Hecker ont mis au premier rang les phénomènes de l'angoisse, ils en ont fait une maladie distincte sous le nom de névrose d'angoisse (Angstneurose). Mais M. Freud a été plus loin et a voulu donner une explication à mon avis très hypothétique de ces angoisses en les rattachant toujours à des troubles de la sensibilité et des fonctions sexuelles ; nous aurons à revenir sur ce point en étudiant l'évolution de la maladie.

Ces divers travaux sur le rôle de l'émotivité morbide dans le mécanisme des obsessions sont résumés, coordonnés et complétés dans le travail de MM. Pitres et Régis, qui a été présenté au Congrès de médecine de Moscou en 1897 comme rapport sur

1. Ballet, *Dégénérescence mentale*, in *Traité de médecine de Charcot, Bouchard*, 1894.

2. Freud, *Neurologisch. Centralbl.*, janvier 1895. Hecker, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, LII, fasc. 6, p. 1167. Freud, *Revue neurologique*, 30 janvier 1895.

l'état actuel du problème intéressant de l'obsession[1]. Ce rapport constitue aujourd'hui la meilleure expression de l'ancienne thèse de Morel sur l'origine émotionnelle des obsessions.

Voyons donc comment ces auteurs interprètent ce problème. Après quelques réflexions générales sur la priorité de la vie affective par rapport à la vie intellectuelle empruntées à Schopenhauer et à M. Ribot, les auteurs admettent comme un fait démontré, la théorie de l'émotion de Lange et de James. « L'émotion, disent-ils, n'est que la conscience des variations neuro-vasculaires ». Ainsi entendue, l'émotivité, c'est-à-dire l'aptitude à produire et à ressentir les variations physiologiques diverses et surtout les variations neuro-vasculaires est variable suivant les individus, « il y en a qui sont doués à cet égard d'une susceptibilité particulière, ce sont les émotifs », cette émotivité devient excessive, suivant les remarques de M. Féré quand ces phénomènes physiologiques dépassent l'intensité normale, se prolongent outre mesure, se produisent sans cause déterminante suffisante. Dans un premier groupe de cas cette émotivité est diffuse et produit une sorte de panophobie, « les sujets sont dans un état permanent de tension émotive qui éclate brusquement par paroxysmes comme une décharge de fluide émotionnel. Une idée, une émotion, une sensation quelconque suffisent, le moment venu, pour provoquer la décharge qui peut même se produire dans le sommeil sous la forme de chocs anxieux (émotional discharges de Weir Mitchell) de réveils brusques avec angoisses respiratoires (réveils angoissants de Mac Farlane)[2] ». Ces malades vivent dans un état d'appréhension continuelle, ils ont peur d'avoir peur, c'est l'attente anxieuse de Freud ; « il semble qu'il y ait toujours de l'angoisse à l'état libre toujours prête à se manifester, la forme pouvant varier suivant les circonstances[3] ».

Dans un second groupe de cas, cette émotivité vague et diffuse se précise, se systématise : l'attaque d'angoisse se produit dans des circonstances déterminées. Tantôt il s'agit de phobies constitutionnelles en quelque sorte héréditaires : certaines personnes ont des peurs anxieuses à propos du velours, de certains fruits,

1. Pitres et Régis, *Séméiologie des obsessions*, XIIe Congrès de médecine. Moscou, 1897.
2. Pitres et Régis, *op. cit.*, 16.
3. Id., *ibid.*, p. 17.

du sang, du feu, de l'eau, des hauteurs, des orages, d'un animal, etc., etc.[1]. Dans d'autres cas, il s'agit de phobies acquises, « traumatiques » (Freud). Entre trente et cinquante ans ces malades qui avaient jusque-là une émotivité diffuse, après une période d'affaiblissement ou de fatigue, subissent un choc moral, « c'est très souvent la mort d'un parent ou d'un ami, un accident grave, une chute de voiture, de chemin de fer, la morsure d'un animal, le contact fortuit d'un malade atteint d'une maladie contagieuse, une fausse couche, une attaque, un syncope, un fort vertige, la vue ou le récit d'un événement émouvant, d'un sinistre, d'un assassinat, d'une épidémie, en un mot tout ce qui peut produire un ébranlement émotif considérable... » à partir de ce moment apparaît une phobie en rapport avec la cause originelle. M. Ribot a très nettement décrit cette transformation : « La crainte maladive peut être le résultat de la transformation occasionnelle d'un état vague indéterminé en une forme précise. La panophobie serait un stade préparatoire, une période d'indifférenciation. Le hasard, un choc brusque lui donne une orientation et la fixe (peur d'une épidémie, des microbes, de la rage, etc.). C'est le passage de l'état affectif diffus à l'état intellectualisé, c'est-à-dire concentré et incarné dans une idée fixe : travail analogue à celui du délire de persécution, où la suspicion, d'abord vague, s'attache à un homme et ne le lâche plus[2]. »

Enfin, nous arrivons au troisième degré de la maladie, l'état obsédant devient intellectuel et il est accompagné d'une idée anxieuse. Il est monoidéique. Pour MM. Pitres et Régis, l'obsession n'est souvent que la forme aggravée ou intellectualisée de la phobie : « entre la phobie systématisée et l'obsession, il n'y a pas, à notre avis, si loin qu'on le croit généralement... que faut-il, en effet, pour que la phobie systématisée tourne à l'obsession ? Il faut simplement que cette phobie, au lieu de se manifester par des crises d'angoisses intermittentes, avec calme complet dans l'intervalle, préoccupe plus ou moins, dans l'interparoxysme, l'esprit du sujet, ce qui arrive dans la majorité des cas. Et c'est ainsi, que par une pente toute naturelle, la monophobie tend peu à peu vers le monoidéisme et qu'on a si souvent affaire dans la pratique non à des phobies systématisées pures, mais à des cas

1. Cf. Gélineau, Les pseudo-phobies. *Revue de l'hypnotisme*, 1894, p. 353.
2. Th. Ribot, *La psychologie des sentiments*, 1896, p. 214 (Paris, F. Alcan).

intermédiaires ou de transition entre la phobie ou l'obsession... L'obsession n'est donc souvent qu'une phobie ayant perdu son caractère de simple trouble émotif pour prendre par le fait même de son évolution, celui de trouble à la fois émotif et intellectuel... On retrouve toujours à un degré quelconque les symptômes caractéristiques de l'angoisse. Ce qu'on peut seulement remarquer, au moins en thèse générale, c'est que plus l'obsession tend à s'intellectualiser, plus son substratum émotif s'atténue[1]. »

Ce qui prouve bien la priorité et la prépondérance de l'émotion c'est qu'elle reste l'élément constant et indispensable. « Prenez une obsession quelconque, doute ou homicide, supprimez par la pensée l'angoisse, l'anxiété qui s'y trouve et vous n'aurez plus d'obsession, enlevez l'idée fixe, vous avez encore l'obsession dans son essence, il n'y a pas d'obsession sans émotion, sans phénomènes vaso-moteurs[2]. » Quand les malades traversent plusieurs obsessions successives, celle de la rage, de la malpropreté, des pièces de monnaie, ce qui varie, c'est le phénomène intellectuel, ce qui reste immuable et constant, c'est le phénomène émotif : l'anxiété. On voit souvent les obsessions finir comme elles ont commencé par une phase d'angoisse indéterminée après la disparition de toute idée fixe. Enfin, on ne peut pas dire que cette émotion n'est qu'une réaction de l'idée car elle devrait alors être en raison directe de l'intensité de cette dernière, c'est le contraire qui a lieu, car on voit l'émotion s'atténuer quand le côté intellectuel de l'obsession grandit[3].

Depuis la publication de ce rapport, la plupart des auteurs qui ont parlé des obsessions se rattachent visiblement à cette théorie émotionnelle. Je rappellerai seulement la communication présentée par M. José de Magalhaes au dernier Congrès de psychologie[4] et les travaux de M. Hartenberg sur la timidité et sur la névrose d'angoisse[5].

Telle est la dernière forme qu'a prise la vieille théorie de Morel

1. Pitres et Régis, *op. cit.*, p. 32.
2. Id., *ibid.*, p. 11.
3. Id., *ibid.*, p. 12.
4. José de Magalhaes. Note sur la psychopathie des idées fixes. *Comptes rendus du congrès de Psychologie de* 1900, 1901, p. 594.
5. Hartenberg, *Revue de Psychologie*, 1897, p. 18. *La timidité*, 1900. *La névrose d'angoisse*, 1900. Conception psychologique sur la névrose d'angoisse. *Congrès de Psychologie*, 1901, p. 518.

sur l'origine émotionnelle des états obsédants. Tout le monde doit être frappé du progrès que cette théorie présente sur la précédente surtout dans la dernière forme qui lui a été donnée; plusieurs points de cette conception me semblent tout à fait satisfaisants et peuvent être considérés comme acquis dans la solution de ce problème si délicat.

D'abord la méthode est juste, c'est la vieille méthode de Descartes qui explique le complexe par le simple. Au lieu de considérer comme donné et comme primitif l'état le plus complexe, l'idée obsédante, MM. Pitres et Régis veulent partir de phénomènes beaucoup plus simples, l'émotivité et l'état d'émotion diffuse. En outre, la genèse des troubles les plus complexes me semble bien comprise, elle se rattache à un travail de systématisation, de précision de plus en plus grande, appliqué à des troubles qui sont d'abord diffus et vagues; on passe ainsi de l'angoisse diffuse à l'angoisse systématique puis à l'obsession intellectuelle. Enfin, MM. Pitres et Régis choisissent comme point de départ un trouble qui est évidemment très important, l'angoisse physiologique : il est évident que ce phénomène joue un rôle considérable dans la crise de processus irrésistible, de même que l'émotivité est bien un caractère important des symptômes psychasthéniques. Je crois donc que cette théorie constitue un grand progrès et si j'essaye d'aller plus loin c'est parce qu'il me semble nécessaire d'appliquer avec plus de rigueur encore la méthode exposée par ces auteurs et de remonter un peu plus loin jusqu'à des phénomènes encore plus simples et plus généraux dans la maladie que l'angoisse elle-même.

4. — *Discussion des théories émotionnelles.*

La théorie émotionnelle de Morel renouvelée par MM. Pitres et Régis avait été présentée au XIIe Congrès de Médecine; au Congrès suivant réuni à Paris, en 1900, elle fut déjà contredite. M. Lad. Haskovec (de Prague), en rapportant quelques observations intéressantes sur lesquelles nous reviendrons, essaya de montrer qu'elle présentait des lacunes[1].

1. Lad. Haskovec de Prague, Contribution à la connaissance des idées obsédantes.

MM. Pitres et Régis remarquaient que les idées obsédantes peuvent changer mais que l'état émotif accompagnant reste beaucoup plus stable, cela prouve simplement, répond M. Haskovec, que le domaine de l'intelligence est plus riche et plus varié que celui de l'émotivité, mais cela ne nous montre pas laquelle des deux joue le rôle essentiel dans le phénomène pathologique. Ces auteurs disent encore que l'émotion ne peut être secondaire, qu'elle ne peut être considérée comme une simple réaction déterminée par l'idée, parce que, s'il en était ainsi, l'émotion devrait toujours être en raison de l'intensité de l'idée, ce que l'on n'observe pas. La conclusion est précipitée, le degré d'émotivité n'est pas le même chez tous les invidus, l'émotion dépend de bien d'autres raisons qui peuvent l'empêcher de correspondre exactement à l'intensité de l'idée fixe, quoique elle vienne à sa suite.

Enfin, ce qui est plus grave, MM. Pitres et Régis ont tort de tout ramener à l'émotion et surtout à une seule et unique émotion, à cette angoisse spéciale qu'on observe souvent, il est vrai, chez quelques-uns de ces malades. D'abord ce n'est pas toujours cette émotion-là qui fait le fond de l'obsession. M. Haskovec rapporte l'observation intéressante d'un étudiant obsédé par des idées gaies accompagnées d'un sentiment de joie. Je dois avouer que cette observation me laisse des doutes : s'agit-il bien d'un malade du même genre? C'est chez les hystériques par le mécanisme de la suggestion plutôt que chez le psychasthéniques que l'on observe ces joies obsédantes, j'en ai rapporté un exemple avec M. Raymond[1] ; peut-être aussi s'agit-il de ces sentiments d'élévation sublime, de ces enthousiasmes que présentent, comme nous l'avons vu, les sujets psychasthéniques, mais qui ne sont pas de la même nature que les obsessions et les angoisses.

Ce qui est plus important à considérer ce sont les malades qui tout en étant des obsédés ne présentent pas de troubles émotionnels. Il y a bien des cas de ce genre cités par Westphal, Meschede, Griesinger et M. Haskovec y ajoute d'autres exemples où les lésions intellectuelles semblent tout à fait primaires. « MM. Pitres et Régis vont trop loin quand ils disent : supprimez par la pensée, l'angoisse, l'anxiété qui s'y trouve et vous

XIIIe Congrès intern. de méd. à Paris en 1900. Comptes rendus de la section de Psychiatrie, p. 121.

1. Raymond et P. Janet, *Névroses et idées fixes*, II, p. 353.

n'aurez plus d'obsession. Bien des malades sont obsédés jusqu'à ne plus pouvoir rien faire et ils ne restent que trop indifférents à leur obsession. »

D'autres auteurs ont aussi présenté des critiques contre cette restauration un peu simpliste des anciennes théories émotionnelles. MM. Vaschide et Marchand, dans une étude expérimentale sur un cas d'éreutophobie, ont bien constaté un certain nombre de modifications viscérales en rapport avec l'angoisse. Ces modifications sont, il faut en convenir, assez vagues et assez banales, comme nous avons essayé de le montrer en étudiant les symptômes de l'angoisse. Les auteurs font justement observer que ces modifications sont bien loin de précéder ou de déterminer les troubles mentaux. Le sujet accuse d'abord la conscience du trouble intellectuel et du sentiment psychologique, la réapparition de son obsession et de sa phobie, puis un certain temps après les graphiques accusent quelques modifications circulatoires et respiratoires. Aussi MM. Vaschide et Marchand concluent-ils ainsi : « L'idéation du sujet provoque une association qui, à son tour, suggère une émotion d'attente, d'anxiété et d'angoisse et les phénomènes neuro-vasculaires ne sont nullement la source de ces changements intellectuels ou émotifs..., il faut encore ajouter que l'obsession de la peur de rougir est bien loin d'être liée avec une coloration spéciale du visage, le phénomène qui prédomine est bien un élément purement émotionnel, un état pour ainsi dire intellectuel[1]... »

Dans une étude sur le même phénomène de l'éreutophobie, M. Claparède (de Genève) reproduit les objections de MM. Vaschide et Marchand. Il insiste sur une remarque déjà faite par M. Régnier que la rougeur du visage ne produit pas d'angoisse si l'intelligence du malade « n'est pas suffisamment développée pour avoir souci de l'opinion d'autrui et de ses remarques à cet égard[2] ». Après avoir remarqué que suivant les cas le trouble vasculaire peut précéder quelquefois depuis longtemps ou suivre le trouble moral, il ajoute : « Ce n'est pas la rougeur comme telle qui provoque cette honte, mais c'est la rougeur en tant qu'elle est une infirmité, en tant qu'elle attire l'attention du public sur celui qui y est sujet »

1. Vaschide et Marchand, Un cas d'éreutophobie. *Revue de Psychiatrie*, juillet 1900.
2. Régnier, *De l'éreutophobie*. Thèse de Bordeaux, 1896, p. 52.

et il se montre disposé à rattacher, comme je l'avais proposé dans mon étude publiée par la *Revue philosophique*, l'éreutophobie aux maladies des scrupules, à la honte de soi-même[1].

Enfin, dans une étude présentée au congrès des aliénistes et neurologistes de Limoges en 1901, M. Arnaud a de nouveau discuté l'interprétation émotionnelle des obsessions et surtout la théorie périphérique qui les rattache exclusivement à des modifications viscérales et vaso-motrices essentiellement périphériques. « 1° Cette théorie, dit-il, attache à l'expression émotive et aux modifications périphériques, une importance vraiment excessive. L'expression émotive est loin d'être toujours adéquate à l'émotion ressentie dans la conscience, il y a dans l'émotion totale une part considérable à faire aux idées, à la brusque perception du trouble de notre existence, ce qu'on appelle affectivité n'a pas d'existence distincte mais fait partie intégrante de l'état psychique. 2° Cette théorie n'explique qu'une partie de la maladie des obsessions, l'accès émotif. Cet accès émotif est un incident important sans doute, mais passager. L'état obsédant qui persiste en dehors des crises ne peut être expliqué par l'émotion, phénomène brusque et passager. L'anxiété des obsédés est surtout cérébrale, intellectuelle, il y a un grand nombre d'obsessions intellectuelles dans lesquelles ne se retrouve pas l'influence d'une tendance organique ni d'un trouble vaso-moteur[2]. »

Ces critiques m'ont intéressé. En effet, quoique disposé, comme je l'ai dit, à admettre dans ses grandes lignes l'interprétation présentée au congrès de Moscou, j'avais fait depuis longtemps en observant les malades des réflexions analogues. La théorie émotionnelle qui consiste à expliquer et à définir l'obsession par l'angoisse et par l'émotion me semble, malgré les services qu'elle a rendus, devoir être provisoire : elle me semble trop vague, trop générale et en même temps trop restreinte.

Cette théorie est nécessairement très vague, non par la faute de ses auteurs, mais à cause des ignorances de la psychologie sur la nature des émotions. Est-il un concept plus vague que celui de l'émotion en général et que celui de l'émotivité ? Les émotions-

1. Claparède (Genève), L'obsession de la rougeur. *Archives de Psychologie de la Suisse romande*, avril 1902, p. 323.

2. F.-L. Arnaud (de Vanves), Sur la théorie de l'obsession. *Archives de neurologie*, 1902, I, p. 257.

chocs et les émotions-sentiments ne sont pas du tout de la même nature, veut-on rattacher l'obsession à des émotions analogues à la surprise, à la colère ou à des émotions analogues à l'amour, à la honte : ce seront en réalité des théories absolument différentes. Il est bien évident que si on persiste à prendre le mot « émotion » dans un sens absolument vague, si on désigne par ce mot tous les troubles imaginables des sentiments, de la volonté, de la conscience personnelle, aucune discussion n'est possible et, du moment que l'on n'admet pas une théorie purement intellectuelle, on se rattache forcément à ces théories émotionnelles. Mais cela revient à peu près à supprimer toute explication.

Très justement MM. Pitres et Régis ont voulu préciser la conception de l'émotion en rappelant la théorie célèbre et déjà ancienne de Lange et de James et en affirmant très brièvement que « l'émotion est la conscience des variations neuro-vasculaires[1]. » Ajoutons pour être plus complet le rôle des modifications cardiaques, respiratoires, digestives, et nous dirons que l'émotion est alors comprise comme la conscience de certaines modifications viscérales qui accompagnent quelquefois les phénomènes de conscience.

Sans doute il serait facile de discuter la théorie de l'émotion donnée par Lange et James et de démontrer qu'il y a dans l'émotion véritable quelque chose de spécial, de psychologique, au moins de cérébral qui précède et qui détermine les réactions respiratoires et vasculaires. Mais pour l'étude présente cette discussion générale de la thèse de James a peu d'importance. L'angoisse, l'émotion entendue, si l'on veut, comme la conscience en retour de ces réactions viscérales peut-elle précéder, déterminer et par conséquent expliquer tous les phénomènes observés chez les psychasthéniques d'une façon suffisamment précise pour caractériser cette affection et la distinguer des autres, c'est là toute la question que nous avons à considérer.

Même ainsi précisée la théorie émotionnelle me paraît rester encore beaucoup trop vague et ne pas caractériser le phénomène qu'elle se propose de définir. Si l'émotion ne consiste que dans les palpitations de cœur, les respirations irrégulières, les bouffées de rougeur, elle va se retrouver exactement la même dans les émotions normales et dans les obsessions pathologiques. Un homme en colère présente des palpitations, de la rougeur, de la po-

1. Pitres et Régis, *op. cit.*, p. 9.

lypnée, un homme qui a peur a également des palpitations, de l'irrégularité respiratoire, des troubles vaso-moteurs ; faut-il conclure que la colère normale, la peur normale sont identiques à l'angoisse d'une crise d'obsession ? Cette assimilation me paraît absolument fausse, l'angoisse du psychasthénique, j'ai essayé de le montrer, est un état pathologique tout spécial, ce serait une grosse erreur que de la confondre avec une émotion normale. Les malades sont les premiers à nous avertir « qu'ils n'éprouvent pas une peur naturelle, que leur angoisse, toujours la même, supprime et remplace la peur naturelle ». Comment pourra-t-on dans cette interprétation rendre compte de cette différence psychologique considérable entre l'émotion normale et l'obsession ?

On ne peut répondre qu'en alléguant une différence de quantité dons ces phénomènes viscéraux dont le contre-coup détermine dans la conscience les émotions et les angoisses. C'est leur exagération qui leur donne leur caractère pathologique et qui distingue l'obsession de la colère ou de la peur. Est-ce là une distinction suffisante ? N'y a-t-il pas des grandes colères, des élans d'enthousiasme, des grandes terreurs qui s'accompagnent de grandes modifications viscérales et qui cependant restent des colères, des enthousiasmes, des peurs, sans se transformer en phobies et en obsessions ?

Mais admettons cependant que cela soit vrai et que l'on puisse distinguer l'angoisse psychasthénique de l'émotion normale uniquement par la différence dans le degré d'intensité des réactions viscérales. N'y a-t-il pas infiniment d'autres états pathologiques qui s'accompagnent de grandes modifications viscérales du même genre sans être identiques à des crises d'obsession ? Des phtisiques, des cardiaques présentent des modifications respiratoires et circulatoires du même genre et bien plus graves sans avoir aucunement le même désespoir, les mêmes obsessions ; ils suffoquent, ils asphyxient réellement et ils continuent à s'intéresser à ce qu'on leur dit, à suivre même une conversation, ils disent bien qu'ils souffrent, mais ils ne se lamentent pas ainsi, ils sont loin d'avoir le même trouble mental. Dans d'autres maladies nerveuses on constate souvent des palpitations, des polypnées, des troubles vaso-moteurs et les malades restent calmes : Ar..., par exemple, un homme hystérique, a une polypnée de 88 respirations par minute et il attend tranquillement sur sa chaise qu'on l'examine, il dit en souriant qu'il est gêné pour respirer, mais il ne sent pas

« sa volonté qui lui échappe et son âme qui descent au tombeau dans un noir d'encre ». Voa, une femme hystérique de 28 ans[1], a des troubles vaso-moteurs si considérables qu'elle a de graves œdèmes aux mains et même à la face : cela est plus grave que la rougeur superficielle de l'éreutophobe, et cependant elle est calme et n'a aucunement l'angoisse de celui-ci. Dans la plus simple attaque d'hystérie, celle que nous avons appelée la crise émotionnelle de Briquet, on va constater des respirations rapides, des palpitations, des secousses du ventre, des rougeurs, des pâleurs plus considérables que dans la plupart des agoraphobies, et cependant une hystérique pendant cette attaque ne présente aucunement l'état d'esprit d'un agoraphobe pendant l'angoisse. Je reviens alors à ma question : comment va-t-on distinguer une crise d'obsession de l'angoisse d'un cardiaque, de la polypnée ou de la crise d'une hystérique, puisque le caractère considéré comme essentiel, les réactions viscérales, se trouve exagéré de la même manière dans tous ces syndromes si différents l'un de l'autre ?

Quel que soit le problème considéré, on est toujours forcé dans cette théorie émotionnelle de rester dans de grandes généralités. Le passage de l'émotivité diffuse à la phobie systématisée qui est très important et qui est bien, comme on l'a dit, au moins dans certains cas, le point de départ de l'obsession ne peut être expliqué que par une violente émotion accidentelle qui détermine de violentes réactions viscérales ; on ne peut tenir compte que de la grandeur de l'émotion. Comment expliquer alors tous les détails des observations ? Certains malades résistent parfaitement à de violentes émotions et ne succombent qu'à de petites émotions de nature très spéciale. D'autres sujets curieux ont besoin de deux émotions consécutives pour arriver à l'obsession. S'il ne s'agit que de la violence de l'émotion, les choses se passent donc tout à fait comme chez l'hystérique qui a vu un rat dans la cuisine et qui a des crises dans lesquelles elle court après le rat ? Comment expliquer l'énorme différence qu'il y a entre la crise de scrupule et cette crise banale d'hystérie ; Tous les deux cependant ont eu une forte émotion avec grande réaction viscérale. L'aliéniste, en passant trop vite à la considération exclusive de ces réactions viscérales qui sont banales et à peu près les mêmes dans toutes sortes de maladies, me semble avoir abandonné trop tôt

1. *Névroses et Idées fixes*, II, p. 505.

son domaine et ne plus pouvoir trouver les phénomènes proprement cérébraux qui caractérisent et distinguent les maladies les unes des autres.

Si cette théorie émotionnelle se montre ainsi trop générale et trop vague, par un autre côté elle me paraît beaucoup trop restreinte et je crois qu'elle laisse de côté bien des phénomènes essentiels de la maladie. Pour que cette théorie soit admissible, il faudrait pouvoir démontrer que les réactions viscérales exagérées, considérées comme essentielles, se retrouvent comme point de départ dans tous les symptômes caractérisques de l'état psychasthénique et les accompagnent tous. En est-il réellement ainsi ? Pour répondre à cette question il suffit de passer en revue les symptômes énumérés dans les trois chapitres précédents.

Si l'on considère les obsessions proprement dites, il est certain que quelques-unes se sont developpées à la suite de ces agitations viscérales sous forme systématique ou diffuse. Les idées obsédantes de Jean sur les crimes génitaux ont été précédées d'algies du gland qui étaient des phénomènes d'angoisse systématique. On pourrait citer bien des exemples de ce genre, cela est incontestable. Mais en est-il ainsi dans tous les cas ? C'est ce qui me paraît insoutenable. Beaucoup d'obsessions non seulement sont actuellement des phénomènes intellectuels, mais se sont développés à la suite de troubles intellectuels et non à la suite de troubles émotionnels. Les obsessions métaphysiques de Lise sur le dualisme, sur la puissance du diable opposée à celle de Dieu, sont la conséquence, le développement d'agitations mentales antérieures et non d'agitations viscérales. Ce sont les manies de la recherche, de l'expiation, du pacte, d'interminables ruminations mentales qui ont précédé pendant des années les obsessions actuelles ; jamais cette malade n'a été une phobique ou une angoissée, mais elle a toujours été une rêveuse. On pourrait citer bien des exemples de ce genre : des obsessions de folie ont pris naissance à la suite de manies mentales ou des sentiments d'insuffisance intellectuelle ; des obsessions amoureuses se sont développées à la suite des perturbations des sentiments, du besoin de direction, du besoin d'être aimé et du sentiment de l'aboulie, des obsessions d'indignité et de honte de soi ont été le développement naturel des sentiments d'incomplétude intellectuelle,

des sentiments d'étrangeté, des sentiments d'incapacité et d'humilité. Il me paraît impossible de soutenir que tous les obsédés soient actuellement ou même qu'ils aient nécessairement été autrefois des phobiques ou des angoissés ; beaucoup d'entre eux ont débuté par de tout autres symptômes.

Si nous passons maintenant à la seconde catégorie de symptômes, aux agitations forcées, nous trouvons aussi un groupe pour lequel l'importance des perturbations viscérales est considérable. Un grand nombre d'agitations forcées sont des agitations émotionnelles sous forme de phobie ou d'angoisse. Même à ce propos il est essentiel de faire une distinction et de ne pas confondre les angoisses mentales caractérisées par des céphalées, par le vide dans la tête, par le sentiment de perte de la volonté et de l'intelligence avec les angoisses viscérales ; les deux phénomènes ne sont pas du tout identiques et on peut constater d'énormes angoisses mentales avec le calme le plus absolu du cœur et de la respiration.

A plus forte raison est-il impossible de confondre avec les angoisses viscérales, les agitations motrices et les agitations mentales. L'angoisse peut quelquefois accompagner les tics et les crises d'agitation motrice dans certains cas complexes, mais cette juxtaposition n'a rien de nécessaire. J'ai même montré à plusieurs reprises que ces diverses sortes d'agitation sont en antagonisme. Quand il y a beaucoup de mouvements physiques, des grandes marches, beaucoup de tics, le sujet ne souffre pas d'angoisse ; au contraire il va souffrir de l'angoisse si on le force à arrêter ses tics. Quand Claire a une crise d'efforts et qu'elle fait dans tous les sens des mouvements excessifs, elle a sans doute une respiration rapide, des palpitations et des sueurs, mais ce sont des phénomènes d'essoufflement et non des phénomènes d'angoisse, elle ne se sent pas étouffée. Au contraire, si je veux arrêter ces grands mouvements, elle va souffrir d'une suffocation spéciale et elle va avoir de l'excitation génitale. L'agitation viscérale sous une forme, il est vrai, qui n'a guère été prévue par la théorie émotionnelle, se substitue à l'agitation motrice.

Cette discussion est encore plus frappante si on considère le groupe des agitations mentales. Comment passer sous silence ces malades si curieux qui ont de la rêverie forcée, du mentisme, qui vivent dans le passé et non dans le présent, mais qui ne sont aucunement angoissés. Chez l'un d'eux, chez Lib..., on détermine

l'angoisse *qu'elle ne connaissait pas du tout* en la forçant à lutter pour arrêter sa rêverie perpétuelle, et elle revient à sa rêverie en disant que « cela lui fait mal à la poitrine d'essayer de l'arrêter. » Il y a ainsi toute une catégorie de phénomènes dont, chose curieuse, MM. Pitres et Régis semblent ne pas aimer à parler, ce sont les ruminations mentales. Dans ces manies d'interrogation, de répétition, de retour en arrière, de réparation, de serment, etc., il n'y a pas une idée proprement dite que le malade aurait conçue comme explication il n'y a pas non plus de l'angoisse systématique ou diffuse, il y a uniquement un travail mental avec des caractères particuliers qui absorbe toute l'agitation du malade.

Observons Lise, quand elle radote sur ses pactes, sur ses enfants voués au diable, sur le culte du démon, elle reste absolument immobile, elle ne pense pas à bouger, elle est envahie par une immobilité de plus en plus absolue, on voit sa tête qui s'incline de plus en plus jusqu'à toucher ses genoux et si on ne la trouble pas elle va rester des heures dans cette position ; à ce moment elle respire avec le plus grand calme et son cœur bat tout à fait régulièrement, son visage présente sa coloration normale et les troubles vaso-moteurs restent tout à fait hypothétiques. Cependant pendant cette période elle souffre cruellement, elle a le sentiment de perdre la tête, de devenir folle, de mourir « il me semble que je dégringole dans un trou sans fin et qu'à mesure je perds quelque chose de mon existence ». Mais ce n'est qu'une angoisse morale qui n'est pas du tout identique à l'angoisse déterminée par le sentiment en retour des réactions viscérales. Ce même phénomène peut s'observer dans la plupart des cas de rumination : quand Ger... est debout dans son escalier en se demandant si elle scandalisera la fruitière, elle est tout aussi tranquille physiquement et physiologiquement et elle ne souffre que moralement. Il suffit de parcourir les longues descriptions que j'ai données de toutes les formes de rumination mentale, pour voir que presque toujours cette forme d'agitation est indépendante de l'angoisse physique et se développe plutôt en antagonisme avec elle.

En dehors de ces phénomènes d'agitation forcée il y a encore toute une grande catégorie de faits dont la théorie émotionnelle ne me semble pas tenir assez compte : ce sont toutes les insuffi-

sances psychologiques, les troubles de perception, les troubles de la volonté, les troubles de l'attention. Je sais bien que l'on pourra essayer de rattacher ces troubles à l'émotion en disant que celle-ci a une influence inhibitrice. Mais c'est déjà compliquer la théorie de l'émotion telle qu'on l'avait présentée, la théorie de l'émotion simple conscience des réactions viscérales, c'est déjà introduire dans l'émotion des modifications cérébrales d'une tout autre nature. Mais cela même est-il bien suffisant? Comment se fait-il que l'émotion pendant des années ne trouble aucunement l'action ou l'attention des malades et qu'à partir d'un certain moment elle les rende incapables d'effectuer ces mêmes opérations. Il faudrait au moins nous dire en quoi consiste l'augmentation d'émotivité et de quoi elle dépend, on sera donc forcé de remonter au delà de l'émotion. Il y a des cas où cette action inhibitrice de l'émotion devient tout à fait incompréhensible. Nous avons cité des jeunes gens qui à la suite d'une petite émotion se sentent étonnés d'eux-mêmes, ne se reconnaissent plus, disent qu'ils sont changés, qu'ils ont perdu leur personne ou bien que le monde est tout différent et qu'il n'a plus de réalité. Est-ce là un effet ordinaire de l'émotion, simple conscience en retour des réactions viscérales, des troubles de la respiration et de la circulation? En outre les sentiments singuliers de ces sujets se prolongent et durent des années pendant lesquelles ils vont répéter qu'ils n'ont plus de moi ou que le monde est un rêve? Cela est-il d'accord avec la conception de l'émotion qui est par essence une modification brusque de peu de durée?

D'autre part, est-il bien certain qu'il y ait réellement un trouble émotif avec réactions viscérales violentes au point de départ de toutes ces insuffisances? Je crains qu'il n'y ait ici une erreur de méthode malheureusement bien commune en psychiatrie. On croit que la théorie exige la présence d'un certain phénomène et on admet que ce phénomène existe sans chercher autrement à vérifier son existence. Si la théorie exige qu'une hystérique ait une anesthésie viscérale, on affirme qu'elle l'a : « car, sans cela, dit-on, on ne comprendrait pas les altérations de sa cœnesthésie ». En réalité cette anesthésie viscérale est très difficile à vérifier et si quelqu'un se donne la peine de faire le travail, il verra souvent qu'elle n'existe pas. Je suis étonné de voir que dans certains travaux sur l'obsession on parle sans cesse d'énormes réactions viscérales, de troubles cardiaques, respiratoires, intestinaux. J'ai déjà

dit comment j'ai éprouvé à ce sujet bien des déceptions, combien ces phénomènes m'ont paru difficiles à vérifier et comment il m'est arrivé trop souvent de constater leur absence. En réalité je crois qu'il y a un très grand nombre de ces troubles, de ces insuffisances psychologiques qui ne peuvent pas être considérées comme secondaires à des modifications viscérales, mais qui résultent primitivement d'un trouble cérébral constitutionnel ou accidentel, dans lequel l'émotivité ne joue qu'un très petit rôle.

Enfin, n'y a-t-il pas des troubles de l'émotion elle-même ? A côté de l'émotivité excessive, se présente, plus souvent qu'on ne le croit, l'absence d'émotion et l'indifférence. On pourrait s'amuser à soutenir ce paradoxe : c'est que certains malades arrivent à l'obsession en cherchant à interpréter non pas leurs émotions excessives, mais leurs froideurs. Va-t-on dire que c'est l'émotion qui inhibe l'émotion et l'empêche de se développer, on arrive alors à concevoir l'émotion d'une manière tellement confuse que cette conception ne peut plus servir à rien expliquer.

Ces réflexions nous montrent que le second groupe de théories qui considèrent l'angoisse et l'émotion comme le phénomène principal n'arrivent pas à une interprétation précise et complète de tous les phénomènes observés. Sans avoir aucunement la prétention de chercher la cause dernière de ces faits il faut essayer de présenter une interprétation un peu plus précise et un peu plus complète, qui explique l'angoisse et l'émotivité elle-même ainsi que les autres phénomènes.

DEUXIÈME SECTION

LE PRINCIPE DE LA THÉORIE PSYCHASTHÉNIQUE

En présence de ces difficultés que l'on peut opposer aux théories intellectuelles et aux théories émotionnelles, ne pourrait-on pas grouper les symptômes d'une autre manière autour d'un autre groupe de phénomène ? Au lieu de considérer comme fait essentiel et primitif l'idée obsédante du premier groupe de symptômes, au lieu de prendre comme point de départ l'angoisse émotionnelle, c'est-à-dire l'une des agitations forcées du second groupe déjà plus profond, il faudrait étudier le rôle joué par les troubles décrits dans le troisième groupe de phénomènes, ceux que j'ai proposé d'appeler les « stigmates psychasthéniques ». Il faudrait rechercher si ces affaiblissements cérébraux et psychologiques ne se présentent pas d'une manière générale chez tous les sujets en même temps que les agitations forcées, que l'émotivité elle-même, s'ils ne persistent pas sous les crises d'obsession et s'ils ne peuvent pas en expliquer la formation. Ce serait encore chercher dans un trouble élémentaire la raison des phénomènes complexes plus apparents, mais ce serait choisir pour lui faire jouer ce rôle une altération plus élémentaire et plus profonde.

Comme ces théories prennent pour point de départ un certain affaiblissement psychologique, on peut les désigner en général sous le nom de *théories psychasthéniques*. Depuis longtemps déjà j'avais adopté ce terme de psychasthénie pour désigner la faiblesse mentale particulière des obsédés en l'opposant à celle que l'on observe dans l'hystérie. « Ces malades fort nombreux, sur les frontières de la folie, disais-je en 1894, qui présentent des symptômes en apparence très variés mais ayant entre eux d'incontestables rapports, le délire du doute, la folie dite consciente ou raisonnante, les obsessions, les impulsions, les phobies, etc... ont été presque toujours désignés en France sous le nom de dégénérés ; en Allemagne on appelle ces malades des neurasthéniques délirants. Pour ne pas prendre parti dans les querelles que soulèvent ces

appellations, nous désignerons toutes ces personnes par un nom qui leur convient bïen, nous les appelerons simplement des *prschasthéniques*[1]. » Depuis j'ai souvent opposé les obsessions de forme hystérique aux obsessions de forme psychasthénique, les tics de forme hystérique aux tics de forme psychasthénique[2]. C'est pourquoi je conserve ici ce mot pour désigner les théories qui prennent pour point de départ les phénomènes caractéristiques de cet affaiblissement spécial de l'esprit, de la psychasthénie.

1. — Résumé historique des théories psychasthéniques.

Des théories de ce genre ont déjà été indiquées à plusieurs reprises, mais, il est juste de le remarquer, d'une manière excessivement vague. Plusieurs auteurs choisissaient un phénomène de ce groupe, le plus souvent les troubles de la volonté pour y rattacher tous les autres accidents de la maladie.

Benedict considérait la peur des espaces comme une variété du vertige et se demandait s'il n'y avait pas lieu de supposer quelque trouble oculaire. Cordes, cité par Legrand du Saulle[3], fait de l'agoraphobie un symptôme d'épuisement du système nerveux moteur avec perturbation du sens musculaire et Legrand du Saulle lui-même en fait « une paralysie fonctionnelle symptomatique de certaines modifications survenues dans les foyers centraux moteurs et capables de faire naître en nous des impressions de peur[4]. » Hack-Tuke disait formellement : « Il n'est pas nécessaire de supposer une prédominance dans les passions, il suffit d'admettre que les plus hautes fonctions volontaires sont affaiblies, les chevaux sont bons, mais le cocher est ivre[5]. » Laycock, cité par Hack-Tuke, fait entendre d'une manière assez vague qu'il s'agit là d'un phénomène de régression des fonctions du cer-

1. *Accidents mentaux des hystériques*, 1894, p. 293.
2. *Névroses et Idées fixes*, II, p. 129 et 145 ; p. 352 et 376.
3. Legrand du Saulle, *Agoraphobie*, p. 55.
4. Id., *ibid.*, p. 62.
5. Hack-Tuke, *Journal of mental Science*, July, 1885.

veau », il n'y a pas seulement une loi d'évolution pour le cerveau sain, il y a également une loi inverse de disvolution qui est importance pour comprendre ces désordres mentaux [1]. Pour expliquer ces troubles, Kraff-Ebing ne fait pas seulement appel à une accentuation morbide de l'émotivité mais à une augmentation de l'activité de l'imagination et à une diminution « de l'énergie de la pensée et de la volonté (cerveau antérieur) qui sont très abaissés chez ces névropathes [2] ». Levillain se demandait si les phobies ne consistent pas surtout en une indécision de la volonté [3].

Dans tous mes travaux anciens sur l'idée fixe en 1889, en 1891, j'insistais toujours beaucoup pour montrer dans l'état aboulique le point de départ des obsessions. MM. Raymond et Arnaud, dans une étude sur un cas de délire du doute et du toucher, montrent à plusieurs reprises que le phénomène principal est une aboulie considérable, qu'en dehors de leurs idées fixes, les malades sont dans l'impossibilité de se fixer, qu'ils restent dans l'incertitude perpétuelle. Ils adoptent l'opinion de M. J. Falret qu'au point de départ du délire, il y a un trouble dans le fonctionnement général des facultés et dans l'état des mouvements volontaires [4].

M. Féré admet deux formes de la folie du doute, l'une qui dépend d'une peur morbide et qu'il explique ainsi par la théorie émotionnelle, l'autre qui dépend « de l'aboulie c'est-à-dire en somme d'un défaut d'émotivité ». C'est là une explication inverse de la précédente et qui se rapproche des théories psychasthéniques [5].

M. Boissier, dans sa thèse intéressante sur les rapports de la neurasthénie et de la mélancolie résume ainsi la pathogénie psychologique de ces affections : « C'est la volonté, expression première de nos énergies et par suite expression de la personnalité qui présente les altérations les plus apparentes et les plus importantes dans l'état mental des déprimés. Les troubles affectifs, douleur morale, etc., n'arrivent eux-mêmes qu'en seconde ligne et ne sont souvent pas en rapport avec l'aboulie [6]. »

1. Hack-Tuke, *Brain*, 1894, p. 192
2. Kraft-Ebbing, *Psychiatrie*, trad., 1897, p. 546.
3. Levillain, *Neurasthénie*, p. 153.
4. Raymond et Arnaud, *Ann méd. psych.*, 1892, II, p. 69, 220.
5. Féré, *Pathologie des émotions*, 1892, p. 460 (Paris, F. Alcan).
6. Boissier, *Neurasthénie et mélancolie dépressive*. Thèse, Paris, 1894, p. 78.

M. Séglas, tout en donnant un grand rôle à l'émotivité admet que certaines agoraphobies ne sont que des « obsessions abouliques pures[1] », et réclame une place, comme on l'a vu, pour les troubles de la perception personnelle.

M. Dallemagne admet « un état de déséquilibre de la systématisation psychique[2] ». J'ai déjà rappelé l'opinion de M. Ballet qui rattache les obsessions non seulement aux troubles de l'émotion mais aussi à ceux de la volonté. M. Roubinovitch dit de même que ce qui est lésé chez l'obsédé, c'est la sphère émotive et la volonté[3]. Je rappellerai aussi un article de M. F. del Greco qui rattache ces états psychopathiques à la désagrégation psychologique et à la décadence de la volonté[4].

Tout récemment, M. Arnaud insistait de nouveau sur les troubles moteurs volontaires, sur le défaut d'impulsion et d'arrêt, sur l'hésitation, l'incertitude et concluait « que l'état antérieur est une lésion de la volonté. A des degrés divers les obsédés sont tous des hésitants, des perplexes, des abouliques, incapables d'efforts soutenus, ils ne finissent rien, ils n'aboutissent pas, qu'il s'agisse d'idées ou de mouvements[5]. »

Une des expressions les plus précises de ces théories se trouve peut-être dans un article récent de M. Edw. B. Angell ; cet auteur considère les obsessions comme résultant des troubles sous-jacents des fonctions psychologiques. » Les idées impératives dépendent d'un état de faiblesse mentale, d'une absence de cérébration, d'un instabilité de la synthèse mentale... le recul du champ de conscience est peut-être le caractère le plus général. Le sujet trouve que la vie actuelle n'est pas réelle, le rêve remplace la réalité[6]. »

On voit que beaucoup d'auteurs tendent à supposer en dessous de l'émotivité et de l'angoisse un trouble plus profond de l'activité mentale qu'il faut essayer de déterminer en résumant les nombreuses observations précédentes.

1. Séglas, *Leçons sur les maladies mentales*, 1895, p. 131.
2. Dallemagne, *Dégénérés et déséquilibrés*, 1895.
3. Roubinovitch, *Bulletin médical*, 22 juillet 1896.
4. F. del Greco, Idee fisse e disgregazione psicologica. *Annali di nevrologia*, anno XVIII, fasc. 2, 1900.
5. Arnaud, *Archives de neurologie*, 1902, I, p. 268.
6. Edw. B. Angell. Imperative ideas in the sane. *Journal of nervous and mental diseases*, août 1900.

2. — *La hiérarchie des phénomènes psychologiques.*

Beaucoup des difficultés que présente la psychologie sont crées par le langage : une des plus curieuse me paraît résulter de notre habitude d'employer toujours les termes de la langue courante pour désigner des phénomènes élémentaires et inaccessibles à l'observation vulgaire. Quand nous voulons trouver l'explication d'un fait complexe et que nous cherchons à le rattacher à un fait simple, nous nous laissons entraîner à désigner les phénomènes simples auxquels l'analyse nous conduit par les noms ordinaires « de sentiment, d'émotion, de pensée, d'imagination ». Mais il n'est pas du tout certain que des phénomènes psychologiques élémentaires soient des sentiments, des émotions, des pensées, des volontés. Ces mots désignent des phénomènes très complexes, distingués, classés et dénommés par l'observation populaire et en raison de besoins pratiques. Pourquoi supposer que des phénomènes plus élémentaires donnés par l'analyse scientifique et inaccessibles à l'observation vulgaire vont rentrer dans ces anciennes classes ? Pourquoi nous quereller sur cette question oiseuse : le phénomène élémentaire qui est troublé chez l'obsédé est-il une émotion ou une volonté, quand il n'est probablement ni l'un ni l'autre ? Un acte de volonte est un phénomène complexe aussi bien qu'une émotion et il n'est pas probable qu'un phénomène élémentaire soit identique à l'un ou à l'autre.

Il en résulte que suivant les préférences des auteurs il peut sans plus de raisons d'ailleurs être appelé « émotion » ou être appelé « volonté ». Le rôle de la psychologie n'est pas de continuer ces querelles de mots, mais de chercher par l'analyse à mettre en évidence des phénomènes nouveaux, c'est-à-dire des phénomènes qui n'étaient pas connus ni dénommés dans cet état de simplicité.

C'est un peu ce que j'ai essayé de faire quand j'ai cherché à montrer que le phénomène essentiel de l'état mental des hystériques était « le rétrécissement du champ de la conscience ». La formation du champ de la conscience n'est à proprement parler ni un fait d'intelligence, ni un fait de sensibilité et je ne me rat-

tachais ni aux théories intellectualistes, ni aux théories sensualistes, mais je cherchais à décrire un phénomène plus profond que l'idée ou le sentiment tels qu'on les observe d'une manière superficielle.

Je voudrais faire un travail du même genre à propos des obsédés et chercher si les stigmates psychasthéniques ne mettent pas en évidence un phénomène psychologique simple, capable de jouer un rôle important et d'expliquer par ses altérations les troubles de la volonté et de l'émotion.

Cette section sera consacrée à la description de ce phénomène fondamental que l'on peut considérer comme le résumé des divers stigmates psychasthéniques ; la section suivante montrera comment en prenant pour point de départ ce phénomène et ses modifications, on peut se représenter la formation des divers troubles des obsédés.

Dans un chapitre précédent nous avons constaté l'affaiblissement et la disparition de certaines opérations psychologiques chez les obsédés ; d'autre part nous avions vu que d'autres opérations étaient bien conservées et présentaient plutôt un développement exagéré ; en étudiant cette différence on est naturellement conduit à supposer que toutes les opérations de l'esprit ne présentent pas les mêmes degrés de facilité et qu'au cours d'un affaiblissement des fonctions cérébrales elles ne disparaissent pas simultanément mais successivement et progressivement en raison de ces degrés inégaux de facilité. En un mot, les opérations mentales semblent se disposer en une hiérarchie dans laquelle les degrés supérieurs sont compliqués, difficiles à atteindre et inaccessibles pour nos malades, tandis que les degrés inférieurs sont aisés et sont restés à leur disposition.

Sans doute nous avons toujours eu vaguement une conception de ce genre à propos des travaux de l'esprit : nous disions que la recherche scientifique, l'exécution ou l'appréciation de l'œuvre d'art, l'effort pour atteindre la perfection morale sont des opérations supérieures ; nous savions que pour un enfant apprendre à faire une division est plus difficile que d'apprendre à compter, que pour un idiot il est plus difficile de parler que de manger. Mais cette recherche des degrés de difficulté n'était faite qu'au point de vue de l'art ou de l'instruction et pour un petit nombre d'opérations seulement, elle n'était pas faite d'une manière géné-

rale pour tous les phénomènes psychologiques comme agir, percevoir, imaginer. Aussi cette comparaison nous conduisait-t-elle à des résultats très superficiels et très inexacts. Qui ne croirait à première vue que faire un raisonnement syllogistique est une chose qui demande plus de travail cérébral que de reconnaître l'existence réelle d'une personne ou d'une fleur et cependant je crois pouvoir montrer que sur ce point le sens commun se trompe.

Pour que cette hiérarchie soit vraiment intéressante et utile il ne faut pas l'établir en se plaçant au point de vue de nos préférences artistiques ou morales, mais en se plaçant au point de vue des conditions de la vie, de la santé et de la maladie. Si je ne me trompe, la psychologie a procédé tout d'abord comme l'ancienne histoire naturelle des animaux. Les premiers naturalistes décrivaient tous les êtres dans un ordre arbitraire en mettant tout au plus au premier rang les êtres qui leur paraissaient les plus beaux ou les plus utiles. Les psychologues décrivent de même tous les faits psychologiques sans ordre, sans perspective, ou en mettant arbitrairement au premier rang ceux qui leur plaisent le plus. Les théories de l'évolution sont venues apprendre aux naturalistes qu'il y a un ordre de perfection dans les êtres, qu'il faut découvrir et dont il faut tenir compte dans les descriptions. La pathologie mentale doit montrer de même aux psychologues quels sont les véritables degrés d'importance des phénomènes de la pensée. Pour constater avec précision dans quel ordre se rangent les phénomènes au point de vue de leur difficulté, il ne faut pas juger d'après nos sentiments ou nos préférences personnelles mais d'après la fréquence et l'ordre de la disparition de ces phénomènes chez les malades.

Je travaille depuis longtemps à établir les divers degrés de cette hiérarchie psychologique. Mes premiers travaux ont établi une distinction très importante, celle de l'activité synthétique et celle de l'activité automatique : ce sont là deux degrés essentiels de la hiérarchie. Mais d'abord cette distinction n'est pas assez précise et ne donne que deux degrés tandis qu'il en a probablement un grand nombre. Ensuite elle ne s'applique bien nettement qu'aux hystériques, chez lesquels l'automatisme s'accompagnant souvent de subconscience se distingue très nettement de la synthèse mentale volontaire, attentive et douée de conscience personnelle. L'étude de nouveaux malades, des psy-

chasthéniques, va nous permettre de compléter ces recherches sur la hiérarchie des phénomènes psychologiques.

Si nous faisons cet examen d'après les longues observations précédentes, il nous faudra placer au premier degré, comme l'opération mentale la plus difficile puisque c'est elle qui disparaît le plus vite et le plus souvent, *la fonction du réel*. Cette fonction, qu'on a peu l'habitude de distinguer des autres et que nous avons fait connaître en résumant les insuffisances psychologiques, consiste dans l'appréhension de la réalité sous toutes ses formes. Elle constitue « cette attention à la vie présente » dont parle M. Bergson dans un livre de métaphysique qui semble souvent prévoir ces observations psychologiques[1]. Voilà ce qui semble l'opération mentale la plus parfaite et celle que tous les obsédés perdent dès le début de leur maladie.

La première forme de cette fonction du réel, c'est l'action qui nous permet d'agir sur les objets extérieurs et de métamorphoser la réalité. Cette action volontaire présente elle-même différents degrés de difficulté. Au point de vue de son objet, il semble qu'elle devient plus difficile quand elle est sociale, quand elle doit s'exercer non seulement sur le milieu physique, mais encore sur le milieu social dans lequel nous sommes plongés.

Elle est aussi difficile quand elle est professionnelle, c'est-à-dire quand il s'agit des actes d'un métier pratique, qui doit réellement aboutir à construire des choses précises, qui doit satisfaire une clientèle exigeante, qui doit réellement nous faire gagner notre vie. L'action intéressée, c'est-à-dire l'action la plus réelle pour nous et pour les autres, semble celle qui exige le plus d'efforts et celle qui disparaît la première.

Au point de vue de sa forme, l'action est d'autant plus difficile, comme je l'ai montré autrefois, qu'elle est plus nouvelle et qu'elle demande davantage une nouvelle adaptation à des circonstances qui ont changé[2]. « Rien ne me rend malheureuse et malade, dit Voz..., comme la nécessité d'avoir à prendre une décision nouvelle. » L'action est aussi difficile quand elle doit avoir à nos yeux le caractère de liberté et de personnalité, c'est-à-dire quand la syn-

1. Bergson, *Matière et mémoire*, 1896 (Paris, F. Alcan), p. 190.
2. *Névroses et Idées fixes*, I, p. 12.

thèse mentale qui la détermine doit se trouver en accord avec la plupart de nos tendances principales nettement coordonnées, en un mot quand l'action doit être coordonnée non seulement avec les données du monde extérieur mais encore avec l'ensemble de notre personnalité. A un degré un peu inférieur nous trouvons de la difficulté dans l'achèvement, la terminaison complète d'une action commencé, dans la rapidité, la précision, l'énergie, la résistance aux influences étrangères, qui doivent se trouver dans certaines actions volontaires.

Enfin, nous avons vu que bien souvent le fait de s'endormir volontairement était un acte et un acte difficile. Nous sommes conduits à placer cet acte du sommeil et celui du réveil à une certaine hauteur dans cette hiérarchie, immédiatement après les actes volontaires accompagnés du sentiment de personnalité et de liberté.

Ce qui nous détermine à placer au premier rang dans cette hiérarchie l'action volontaire qui modifie réellement le monde donné c'est que nous avons vu cette action constamment troublée chez bien des malades et dès le début. L'indolence, la paresse, l'irrésolution, la lenteur des actes, les retards, la faiblesse des efforts, le désordre, la maladresse, l'inachèvement, l'absence de résistance, le misonéisme, la continuation indéfinie caractérisent bien les psychasthéniques. La timidité excessive, l'aboulie professionnelle, les inhibitions, les arrêts, les fatigues insurmontables, les inerties complètes surviennent à un bien plus grand degré chez ceux qui ont des obsessions ou qui vont en avoir et augmentent surtout dans la période qui précède les crises d'agitation forcée et que nous avons comparée à une aura.

Dans la même fonction du réel, mais peut-être à un degré un peu inférieur à celui de l'action volontaire, nous trouvons l'attention qui nous permet de percevoir les choses réelles. Son degré le plus élevé toujours au point de vue de nos malades et par conséquent le plus fragile, c'est l'opération qui nous donne la notion du réel, c'est-à-dire qui détermine la certitude et la croyance. Saisir une perception ou une idée avec le sentiment que c'est bien le réel, c'est-à-dire coordonner autour de cette perception toutes nos tendances, toutes nos activités, c'est l'œuvre parfaite de l'attention.

Une ancienne conception philosophique, qui remonte à Spinoza et à Hume, qui a été admise par Spencer et par Taine, c'est

que la croyance accompagne toujours l'idée, que le doute résulte uniquement de la lutte entre plusieurs représentations également claires. Cette conception a été combattue par bien des philosophes qui lui opposaient la pensée de Descartes sur le rôle de la volonté dans l'affirmation et dans l'erreur. M. Brochard, dans sa thèse sur l'erreur, dans ses articles sur la croyance et la volonté, est l'un de ceux qui ont le mieux montré cette distinction nécessaire entre la croyance et la pensée proprement dite, « autre chose est, dit-il très bien, la nécessité de penser ou de lier des idées, autre chose la nécessité de croire, c'est-à-dire de poser comme vraies absolument les synthèses que l'esprit ne peut pas rompre ; à la rigueur on peut comprendre une vérité géométrique et ne pas y croire[1]. » M. Gayte dans son livre sur la croyance décrit ainsi le sceptique : « C'est une intelligence toujours en mouvement qui demande à la pensée elle-même une décision qu'elle ne saurait lui donner. Il ne s'attache à aucune théorie parce qu'il ne sait pas vouloir, il délibère toujours parce qu'il est incapable d'arrêter sa pensée par un acte, il ne la domine pas, il se laisse dominer par elle[2]. » Parmi les travaux plus récents dans le même sens, je signale ceux de M. W. Jérusalem[3], ceux de M. A.-J. Balfour[4] qui insistent « sur les causes non rationnelles de la croyance » et le livre de M. W. James[5].

Ces théories philosophiques semblent être le résumé de l'observation de nos malades. Certainement, dirons-nous avec M. Brochard, on peut penser et ne pas croire, puisque nous voyons tant de sujets qui perçoivent très bien, qui raisonnent admirablement et qui ne peuvent pas arriver à croire. Il faut se rendre bien compte de ce fait que la croyance est un degré d'activité cérébrale au-dessus de la simple intelligence. Dans la hiérarchie que nous établissons, la croyance fait partie des fonctions du réel et occupe un rang élevé à côté des opérations volontaires.

En dessous de cette opération de croyance à l'existence réelle des objets, l'attention trouve encore des difficultés moins graves peut-être dans la perception d'objets nouveaux, dans la complexité du spectacle offert à nos sens, dans la clarté qu'il faut

1. Brochard, Croyance et volonté. *Revue philosophique*, 1884, II, p. 15.
2. Gayte, *La croyance*, 1884, p. 104.
3. W. Jérusalem, *Psychological Review*, 1895, p. 205.
4. A.-J. Balfour, *The fondation of belief*. New-York, 1895, p. 214.
5. W. James, *The will to believe*, 1897.

lui donner, dans la perception intelligente de la lecture, de l'audition, simplement dans la perception intelligente d'une situation donnée. L'orientation, c'est-à-dire la disposition des perceptions par rapport à notre corps et à nos mouvements possibles, est encore une opération proche de la croyance et de l'action qui se rapproche des fonctions du réel.

La mémoire ne présente réellement des difficultés et ne se rattache aux fonctions du réel que dans une partie de ses opérations. La fixation du souvenir des événements présents de manière qu'il puisse être utilisé plus tard, l'évocation des souvenirs récents encore intimement liés à la réalité présente, enfin l'évocation précise des souvenirs passés dans la mesure exacte où ils doivent jouer un rôle dans la perception actuelle, telles sont les opérations supérieures de la mémoire. « Fonder des souvenirs, disait déjà très bien Debs, créer par un seul effort d'attention, une prédisposition, ou ce qui est synonyme, une habitude nouvelle est à coup sûr une des plus utiles prérogatives de la volonté [1] ». « Ce qui caractérise l'homme d'action, disait M. Bergson, c'est la promptitude avec laquelle il appelle au secours d'une situation donnée tous les souvenirs qui s'y rapportent, mais c'est aussi la barrière infranchissable que rencontrent chez lui en se présentant au seuil de la conscience les souvenirs inutiles ou indifférents [2]. »

La fonction du réel se retrouve aussi dans la conscience de nos états intérieurs et dans la perception de notre propre personne. Il faut savoir nous percevoir nous-mêmes comme nous sommes en réalité ; nous retrouvons ici la difficulté principale qui est la perception avec certitude, avec le sentiment de la réalité. Nous en trouvons aussi une autre qui prend ici plus d'importance, c'est la perception de notre unité, le sentiment que l'esprit est réellement parvenu à une synthèse mentale unique.

Il est presque inutile de rappeler les troubles si fréquents de l'attention et de la perception chez les psychasthéniques qui nous obligent à mettre ainsi ces opérations dans le premier groupe, le doute des perceptions, l'inintelligence de la lecture, de l'audition, l'instabilité de l'attention, les éclipses mentales, la mémoire

1. Debs, *Tableau de l'activité volontaire pour servir à la science de l'éducation*, 1844, p. 153.
2. Bergson, *Matière et mémoire*, 1896, p. 166.

retardante, l'amnésie continue, les troubles de la perception personnelle, etc.

A ces opérations de la volonté et de l'attention il faut rattacher certains phénomènes qui tiennent à l'émotion. Celle-ci est en général, comme nous le verrons, une opération mentale très facile et très différente par conséquent des opérations de ce premier groupe, mais elle prend de la difficulté quand il s'agit d'une émotion précise, bien adaptée à la réalité donnée, surtout quand il s'agit d'émotions heureuses. Savoir jouir complètement du présent, de ce qu'il y a de beau et de bon dans le présent, c'est une opération mentale qui semble très difficile et digne d'être rapprochée sur ce point de l'action et de l'attention au réel, on la voit disparaître bien souvent dans l'indifférence et dans l'ennui que présentent presque toujours ces malades.

Le dernier terme de cette fonction du réel, celui qui résume probablement tous les précédents serait une opération mentale malheureusement très peu connue : la constitution du temps, *la formation dans l'esprit du moment présent*. Le temps n'est pas donné à l'esprit tout fait ; il suffirait pour le démontrer d'étudier les illusions des enfants et des malades sur le temps. Le moment présent des mathématiciens, ce point inaccessible n'a rien à voir avec les notions dont nous parlons ici. Le présent même qu'étudie la psychométrie, cette pulsation de un dixième de seconde, n'est pas non plus ce que nous apprécions comme présent. Le présent réel pour nous c'est un acte un état d'une certaine complexité que nous embrassons dans un seul état de conscience, malgré cette complexité et malgré sa durée réelle qui peut être plus ou moins longue. Pour les gens distraits, indifférents à la réalité, ce présent s'allonge et reste vague, pour des esprits actifs qui sont toujours à la minute, ce présent se resserre et devient précis. Il y a une faculté mentale que l'on pourrait, en forgeant le mot, appeler la *présentification* et qui consiste à rendre présent un état d'esprit et un groupe de phénomènes. Il ne serait pas difficile de montrer que cette opération se confond en réalité avec les précédentes, c'est l'action, c'est l'attention, c'est la perception exacte de la situation donnée avec le sentiment de sa réalité qui produit la présentification ; il n'est pas non plus difficile de comprendre que cette opération n'est qu'un aspect de la fonction du réelle et qu'elle présente par conséquent les mêmes difficultés et les mêmes troubles.

Au-dessous de ce premier degré, le plus parfait et le plus difficile, se place le groupe des opérations que j'appellerai *désintéressées* : ce sont les mêmes opérations psychologiques simplement dépouillées de ce qui faisait leur perfection, c'est-à-dire de l'acuité du sentiment réel. Ce sont des actions sans adaptation exacte aux faits nouveaux, sans coordination de toutes les tendances de l'individu, des perceptions vagues sans certitude, et sans jouissance du présent. C'est ce que l'on désigne souvent comme des actions et des perceptions avec distraction, c'est une vie en apparence identique à la vie complète mais avec indifférence à la réalité.

Nous avons déjà noté bien des fois que la distraction rendait faciles à nos malades des opérations qu'ils ne pouvaient plus accomplir avec pleine conscience. Voici des exemples nouveaux de cette remarque importante.

J'ai eu l'occasion de remarquer bien des fois un trait de caractère assez étrange chez beaucoup de scrupuleuses. Ces malades qui sont tout à fait incapables de se conduire elles-mêmes, qui hésitent indéfiniment à propos de la moindre action quand il s'agit de leur intérêt ou de leur devoir personnel, deviennent sensées, perspicaces et décidées, quand il s'agit de donner des conseils à quelque autre personne. Je ne puis m'expliquer cette différence qu'en remarquant combien la conduite d'autrui est à nos yeux plus indifférente, plus simple, moins réelle que notre propre conduite. On a vu que Wo... fait indéfiniment et fort bien des additions sur des chiffres imaginaires, elle m'offre même d'additionner mes propres comptes, mais elle ne peut plus fixer son attention dès qu'il s'agit des comptes de son propre manège.

Quand les malades seront fortement distraits de l'action qu'ils accomplissent, ils arrivent de même à cette indifférence qui rend l'action plus facile. Bei..., qui a perdu son moi quand elle cherche à agir ou à sentir avec conscience, avec attention, « n'a plus aucun trouble pendant l'état de distraction. Quand la malade est entraînée par une préoccupation, ne pense pas à elle-même, tout va parfaitement bien et elle est parfaitement normale. Le trouble revient quand elle essaye de faire attention, de penser à elle-même, de se rendre compte de ce qu'elle éprouve[1]. »

Lod..., Claire agissent normalement quand elles sont distraites

1. *Névroses et Idées fixes*, II, p. 65.

et ne se préoccupent pas de ce qu'elles font. « Pour que mon travail marche bien, dit Gisèle, il faut que je n'y sois pas, que je le fasse sans le vouloir et presque sans le savoir. » Nadia finit par préférer les périodes où elle est dans un état de rêve, c'est à ce moment qu'elle fait le plus facilement les choses qui étaient difficiles auparavant. Elle aimait à fumer non pour trouver dans le tabac une excitation, mais parce que cela l'étourdissait et qu'elle pouvait alors agir à peu près comme tout le monde sans trop savoir ce qu'elle faisait, « et si dans cet état de rêve il m'arrive de me réveiller un peu et de penser que c'est la réalité, alors je me sens tout de suite paralysée et agitée, et je ne peux plus rien faire ».

L'action plus ou moins vague avec distraction et peu de sentiment du réel forme donc un second degré moins difficile que le premier. Il ne faudrait pas croire que ce groupe soit constitué uniquement par ce que j'appelais autrefois les *actions automatiques*. Ces actes tels qu'on les observe sous leur forme parfaite chez les hystériques sont des actes inconscients ou subconscients ignorés par le sujet qui les accomplit. Les actes que je place ici sont conscients, mais ils sont accompagnés d'une conscience moindre, qui n'a pas la précision, la concentration de la conscience qui accompagne les actions du premier degré. Sans doute, ce groupe des actions désintéressées contient les phénomènes automatiques comme une de ses variétés les plus intéressantes, mais il s'étend au delà, car il contient bien des formes et bien des degrés. Entre la fonction du réel et les actions tout à fait subconscientes, il y a mille degrés, mille nuances d'actions plus ou moins désintéressées. La connaissance de ces nuances est essentielle pour comprendre comment un sujet peut exécuter un acte et ne peut pas en exécuter un autre qui nous paraît tout voisin, comment de légères modifications de la distraction ou de l'attention facilitent un acte ou le rendent impossible.

L'opinion populaire plaçait à un niveau élevé dans la hiérarchie les opérations mentales proprement dites, les opérations qui portent sur des idées et non sur des objets réels, mais les moralistes ont eu déjà bien souvent le sentiment que cette opinion était erronée. « Vous êtes à la fleur de l'âge, disait un romancier très psychologue, vous appréciez au delà de tout l'intelligence humaine ; le piquant de l'esprit et la déduction abstraite de la rai-

son vous séduisent... quelle erreur est la vôtre [1]. » « Par l'action nous sommes des anges, disait déjà Hamlet, par la pensée nous ne sommes que des hommes. »

Nos observations sur les psychasthéniques confirment grandement et précisent ces anciennes remarques. On remarque tout de suite qu'ils se fixent plus facilement sur des idées que sur des objets, qu'ils suivent assez facilement une pièce de théâtre ou un roman, tandis qu'ils regardent difficilement un musée. Mais il s'agit encore ici d'observation : la différence s'accentue quand il s'agit de purs raisonnements intérieurs. Il nous faut pour le comprendre lutter contre un vieux préjugé d'enfance, c'est que l'abstrait nous paraît plus difficile que le concret. Si nous avons bien remarqué comment ces malades raisonnent à perte de vue, comment ils accumulent les divisions, les distinctions et les hypothèses nous comprendrons que le raisonnement est une opération inférieure. Je me place toujours au point de vue de nos malades et je dis que chez eux le raisonnement, même compliqué, est une opération mentale bien plus aisée que l'action réelle.

On retrouve la même facilité si l'on considère les opérations représentatives qui portent sur les images, la mémoire et l'imagination. La mémoire présentait des difficultés qui lui donnaient une place au premier rang quand il s'agissait de la fixation et de l'évocation des souvenirs d'une manière volontaire et utile. Mais la mémoire perd tout à fait ces caractères de la fonction du réel quand elle est simplement représentative et qu'elle se borne à évoquer le tableau du passé sans engager ce passé d'une manière effective dans l'action présente. Les malades abouliques et sans attention présente, incapables d'évoquer volontairement un souvenir utile ont une mémoire inouïe dans leurs ruminations absurdes. Ce sont des pages entières de leur vie passée que Jean ou Lise peuvent réciter mot à mot ; le passé devient chez ces malades obsédant et semble obnubiler le présent (Löwenfeld), c'est que le présent offre à leur esprit infiniment plus de difficultés que le passé. On observe d'ailleurs ce même développement exagéré de la mémoire chez l'imbécile, chez le sauvage, chez l'enfant et cette faculté de représentation désintéressée semble diminuer avec l'âge adulte et avec le développement intellectuel.

Cette représentation des images devient encore plus facile

1. Dostoiewski, *Crime et Châtiment*, II, p. 73.

quand celles-ci ne sont même plus soumises aux règles rigoureuses de la mémoire et qu'il suffit de les laisser aller à la dérive suivant les hasards de l'association des idées. On sait la place qu'occupe la rêverie dans la maladie que nous étudions, le développement énorme qu'elle peut prendre. Enfin, le dernier degré de facilité est obtenu quand les rêveries cessent même d'être originales et se répètent les unes les autres avec monotonie.

Cette facilité plus grande des raisonnements abstraits et de la représentation des images rend compte d'un caractère souvent observé et qui ne me paraît pas toujours avoir été bien compris. Non seulement ces individus se vantent d'être « des penseurs, des analystes » mais ils montrent un goût prononcé et quelquefois un certain talent pour l'observation psychologique intérieure, pour l'auto-observation[1]. Cette aptitude à l'introspection psychologique me paraît simplement une conséquence de la faiblesse de leur esprit. Entendons-nous : l'observation psychologique bien faite et surtout l'observation psychologique objective est extrêmement difficile. A toutes les difficultés de l'observation réelle du monde physique se joignent les difficultés des phénomènes sociaux, de l'appréhension d'une conscience étrangère à la nôtre. Mais l'introspection qui consiste à se regarder penser est d'un tout autre ordre. Cousin et Jouffroy avaient déjà remarqué autrefois qu'elle ne peut s'exercer pendant l'acte même ou au moment de l'émotion elle-même, que par conséquent elle s'exerce surtout sur des images et des souvenirs. Ajoutons que cette introspection peut s'exercer avec autant d'intérêt sur n'importe quelle image et n'importe quel souvenir et qu'elle ne demande aucune précision à l'esprit. Il en résulte qu'elle se rapproche de la rumination et de la rêverie. Il suffira que certaines curiosités déterminées par les sentiments d'incomplétude inclinent le sujet vers cette introspection pour qu'il s'y plonge avec délices à cause de son extrême facilité.

Je crois que l'on peut placer au-dessous de ce troisième degré une opération mentale encore plus basse, c'est le développement de l'émotion, quand cette émotion n'est pas exactement en rap-

1. N. Vaschide et Cl. Vurpas, Délire par introspection mentale. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1901, p. 238. Contribution à la psychologie de la genèse des hallucinations psycho-motrices, *Archives de neurologie*, 1902, p. 464.

port avec la perception d'une situation présente. L'excitation de ces réactions viscérales et vaso-motrices que l'on considère comme un élément essentiel de l'émotion doit être bien facile, puisque nous la voyons persister à un si haut degré chez les individus les plus affaiblis, parfaitement incapables d'accomplir les opérations supérieures. Cette émotion devient encore plus facile, quand elle perd les caractères qui lui permettaient de revêtir des formes distinctes. Au-dessous de la colère, de la peur, de l'amour se place une émotion qui n'est plus rien de spécial, qui est un ensemble de troubles respiratoires et cardiaques très vagues, n'éveillant dans l'esprit la pensée d'aucune tendance, d'aucune action particulière. C'est ce qu'on appelle l'angoisse, la plus élémentaire des opérations mentales.

Je placerai à côté d'elle, peut-être un peu au-dessous, la production de mouvements inutiles mal adaptés à la situation présente et réelle, c'est-à-dire les tics de toute espèce. Bien entendu ces mouvements seront encore plus simples quand ils n'auront même plus cette coordination ancienne que l'on retrouvait dans les tics, anciens mouvements adaptés qui sont simplement sans rapport avec le présent. Les agitations motrices, les mouvements incoordonnés qui se rapprochent des convulsions semblent évidemment les opérations plus basses et les plus élémentaires.

Il est facile de constater ce qui caractérise ces trois derniers groupes et ce qui les distingue des premiers. Dans les opérations qui portent sur des images et sur des idées abstraites, comme la mémoire, la rêverie, le raisonnement, le rapport avec la réalité et le sentiment juste ou faux de la réalité a beacoup diminué. Ces phénomènes ne portent que sur le passé ou sur le futur qui n'ont aucunement à nos yeux le même degré de réalité que le présent et souvent ils portent sur l'imaginaire auquel nous n'accordons qu'un minimum de réalité. Dans les derniers groupes le rapport avec la réalité et le sentiment de réalité disparaît encore plus complètement. Comme je l'ai fait remarquer à chaque page en décrivant les tics, les agitations motrices, les phobies, les angoisses, ces opérations fonctionnent à vide si l'on peut parler ainsi, elles n'ont pas d'action sur le réel, et elles ne font à personne ni bien ni mal sérieux, ne donnent pas au sujet l'impression du réel : le sujet sent toujours leur inutilité, leur vanité, et il se sent forcé de travailler dans le néant. Les premières opérations, la première surtout, avaient les caractères exactement inverses :

elles agissaient sur le réel, le transformaient, le faisaient connaître avec plus ou moins de vérité, peu nous importe, ou du moins donnaient au sujet l'impression, le sentiment de la réalité. Ce caractère a diminué dans les opérations désintéressées qui restaient encore présentes, mais avec un sentiment moins vif du réel ; il s'est fortement réduit dans le troisième groupe où ne se trouve plus que le sentiment du passé, de l'avenir, ou de l'imaginaire ; il a disparu dans les derniers groupes.

Ce caractère essentiel des faits de l'esprit, qui consiste à agir sur la réalité ou à la faire connaître même en apparence, à en donner le sentiment, au moins à lui correspondre, suivant l'expression de Spencer, pourrait être distingué sous le nom de *coefficient de réalité* d'un fait psychologique. On peut alors préciser ce que j'entends par cette hiérarchie des phénomènes psychologiques : si on considère l'ordre de fréquence et de rapidité avec laquelle se perdent les fonctions psychologiques chez nos malades, on constate qu'*elles disparaissent d'autant plus vite que leur coefficient de réalité est plus élevé et qu'elles persistent d'autant plus longtemps que leur coefficient de réalité est plus bas.* J'en conclus que *ces opérations forment une série de difficulté et de complexité décroissantes suivant que leur relation avec la réalité au point de vue de l'action, de la reconnaissance, en un mot de la correspondance va en diminuant* et c'est à cette disposition en série que je donne le nom de hiérarchie psychologique.

Provisoirement, et simplement à titre de résumé, on peut établir le tableau hiérarchique de cette manière :

HIÉRARCHIE DES PHÉNOMÈNES PSYCHOLOGIQUES

I. La fonction du réel.
- l'action
  - l'action efficace sur la réalité
    - sociale.
    - physique.
  - l'action nouvelle avec sentiment
    - d'unité.
    - de liberté.
- l'attention dans
  - la perception avec sentiment de réalité.
  - la certitude, la croyance.
  - la perception d'objets nouveaux.
  - la perception de la personne
    - avec sentiment de réalité.
    - avec sentiment d'unité.
- la présentification, la perception et la jouissance du présent.

II. L'activité désintéressée.	l'action habituelle.	
	l'action sans le sentiment	du présent. de l'unité. de la liberté.
	la perception sans le sentiment de la certitude, avec le sentiment vague du présent.	
III. Les fonctions des images.	la mémoire purement représentative. l'imagination. le raisonnement abstrait. la rêverie.	
IV. Les réactions émotionnelles viscérales	systématiques. diffuses.	
V. Les mouvements musculaires inutiles	systématiques. diffus.	

Ce tableau est évidemment très sommaire, beaucoup de degrés intermédiaires sont omis, la place exacte de telle ou telle opération soulèverait bien des difficultés. Il est impossible d'entrer ici dans ces discussions, il nous suffit d'avoir constaté un certain ordre hiérarchique dans la facilité croissante des opérations de l'esprit, ordre qui a été mis en évidence par leur conservation plus prolongée chez les malades.

3. — *La tension psychologique.*

Les phénomènes semblent se disposer dans cet ordre au point de vue de leur facilité croissante, si on examine l'ordre dans lequel ils se perdent chez nos malades. Ce n'est là qu'une constatation assez empirique. Peut-on chercher à se rendre compte des raisons qui déterminent cet ordre? Qu'est-ce qui fait la difficulté particulière de la fonction du réel, du sentiment du réel? Qu'est-ce qui justifie la place de l'action mise au premier rang, ce « primat de la volonté », comme disait Schopenhauer[1].

Une première réponse très élémentaire peut être facilement écartée grâce à l'examen de nos malades. Les phénomènes psychologiques qui donnent le sentiment du réel seraient simplement des phénomènes forts, ceux qui donnent le sentiment du passé ou de l'imaginaire seraient des phénomènes faibles. Il y a peut être dans cette réponse une part de vérité qu'il faudra dégager, mais

1. Cf. Th. Ribot, *La philosophie de Schopenhauer*, 1885, p. 67 (Paris, F. Alcan).

elle ne peut être admise sans interprétation. En effet, un fait fondamental domine la psychologie du douteur, c'est qu'il n'a pas d'anesthésies véritables. Ces sujets qui doutent de la réalité, qui doutent de ce qu'ils sentent ou de ce qu'ils voient, sentent et voient cependant aussi bien que l'homme qui ne doute pas. Leurs sensations ne sont pas diminuées quantitativement, ou ne le sont que d'une manière insignifiante, incapable d'expliquer leur doute. En réalité, ils ont une sensibilité forte dans le sens ordinaire du mot, puisqu'ils sentent fort bien les excitations les plus minimes ; ils ont une vision puissante puisqu'ils lisent très bien les plus petites lettres du tableau et malgré cette force, cette acuité de leurs sens, ils n'ont pas le sentiment du réel.

Une seconde hypothèse serait bien simple et bien séduisante, elle consisterait à rattacher cette différence entre le réel et l'imaginaire à l'intervention du mouvement. Ce qui semble le plus difficile dans le premier groupe, c'est l'action et l'attention, or dans l'une et l'autre interviennent les fonctions motrices. Ne pourrait-on pas supposer que dans cette maladie il y a un engourdissement des centres moteurs corticaux avec conservation de l'activité des centres sensoriels ? Cela n'expliquerait-il pas cette difficulté de l'action et cette facilité de l'imagination.

Une conception à peu près semblable à celle-ci forme l'idée fondamentale du livre de M. Bergson auquel je faisais allusion dans un passage précédent : « L'actualité de notre perception, dit-il, consiste dans son activité, dans les mouvements qui la prolongent et non dans sa plus grande intensité, le passé n'est qu'idée, le présent est idéo-moteur[1]... C'est justement parce que j'aurai rendu un souvenir actif qu'il sera devenu actuel, c'est-à-dire sensation capable de provoquer des mouvements[2]... Le sentiment concret que nous avons de la réalité présente consisterait donc dans la conscience que nous prenons des mouvements effectifs par lesquels notre organisme répond naturellement aux excitations, de sorte que là où ces relations se détendent ou se gâtent entre sensations et mouvements, le sens du réel s'affaiblit et disparaît[3] ».

1. Bergson, *Matière et mémoire*, 1896, p. 62.
2. Id., *ibid.*, p. 166.
3. Id., *ibid.*, p. 192.

Prise au pied de la lettre, cette conception diffère moins qu'on ne le croit de la précédente. Au lieu de faire dépendre la fonction du réel de l'intensité des sensations, elle le fait dépendre de l'intensité des mouvements qui ne sont connus que par des sensations. Elle contient sans doute une part de vérité, mais ne peut être admise sans restriction, car il ne me semble pas juste de dire que le mouvement par lui-même, en tant que mouvement de notre corps, suffise à donner le sens du réel et à constituer le groupe des phénomènes psychologiques supérieurs.

Mon objection à cette conception est semblable à la précédente : de même que les douteurs ont conservé les sensations, ils ont conservé les réflexes, les mouvements et la sensation précise de ces mouvements.

Il y a même chez eux des mouvements qui se présentent comme tout à fait élémentaires et faciles. Les tics, les agitations motrices peuvent donner lieu à des mouvements considérables et même violents. Les phénomènes d'émotion nécessitent aussi la production de mouvements et s'accompagnent souvent d'une agitation extrême : cependant malgré ces mouvements les malades restent dans le doute, loin du réel. On ne peut donc pas dire que tout mouvement soit difficile, que tout ce qui détermine l'élévation d'un phénomène dans la hiérarchie ce soit l'intervention du mouvement. Il ne faut pas croire qu'un phénomène psychologique soit élevé, demande un plus grand travail parce que le mouvement physique qui le manifeste au dehors est un mouvement plus violent. Un mouvement violent peut, au point de vue qui nous occupe, correspondre à un phénomène psychologique et cérébral hiérarchiquement très élémentaire.

Sans doute la théorie précédente fera un progrès si au mot « mouvement », comme d'ailleurs M. Bergson le fait souvent, on substitue le mot « action », c'est-à-dire si l'on remplace le mouvement simple par un système bien coordonné de mouvements. « Il y a bien autre chose, disait M. Bergson, entre le passé et le présent qu'une différence de degré. Mon présent est ce qui m'intéresse, ce qui vit pour moi, ce qui me provoque à l'action (l'auteur dit souvent à l'action utile et bien adaptée) au lieu que mon passé est essentiellement impuissant[1]. » Mais cela n'est pas encore suffisant, car ces sujets exécutent des actions bien réglées

1. Bergson, *op. cit.*, p. 148.

en rapport avec les objets qu'on leur montre et ils se plaignent « qu'ils ne font pas eux-mêmes l'action, que l'action n'est pas réelle ». L'automatisme bien réglé se montre dans les tics et cependant ne donne pas aux malades le sens du réel.

Une autre hypothèse plus intéressante consisterait à appliquer ici mes anciennes études sur l'activité de synthèse par opposition à l'activité automatique. La synthèse mentale est une opération qui réunit en un composé unique et nouveau les éléments fournis à chaque moment de la vie par les sens et par la mémoire. La construction de ce système nouveau semble être l'opération particulièrement difficile, celle qui disparaît la première. Je crois qu'il y a encore ici une partie de la vérité. Dans la fonction du réel entrent pour beaucoup des adaptations à la réalité changeante et par conséquent des systématisations toujours nouvelles : certainement une des raisons de l'élévation de la volonté et de l'attention dans notre hiérarchie tient au rôle qu'y jouent les opérations de synthèse mentale perpétuellement nouvelles, et inversement la position inférieure de la rêverie et de l'émotion tient à ce fait qu'une partie considérable de ces opérations est purement automatique. D'ailleurs on constate aisément chez les malades qui ont perdu le sens du réel, l'aboulie, l'aprosexie, le misonéisme, l'inintelligence des situations nouvelles, tous les caractères qui indiquent la diminution des synthèses mentales, du pouvoir d'adaptation et de coordination.

Cependant j'ai quelque hésitation à considérer cette distinction comme suffisante dans ce cas. D'une part il ne me semble pas qu'il y ait une proportionnalité complète entre le développement de l'aboulie et la perte du sens réel. Ces malades agissent encore à peu près correctement et ils répètent qu'ils agissent comme dans un rêve. D'autre part il n'est pas exact de dire que le trouble existe uniquement dans les phénomènes de synthèse mentale et que les phénomènes automatiques sont restés intacts. En effet, il ne faut pas oublier que nous avons constaté les mêmes difficultés non seulement dans les fonctions du réel, mais encore dans les opérations qui se bornent à imiter ces fonctions. La suggestion et l'hallucination se présentent chez ces malades comme aussi difficiles que l'action réelle ou la perception de la réalité. Or dans l'hallucination, il y a une très petite part de synthèse mentale mais beaucoup d'automatisme. Si elle est très difficile

c'est que d'autres difficultés doivent s'ajouter à celles que présente la synthèse mentale.

L'étude de ces derniers faits, l'étude des hallucinations et surtout des hallucinations suggérées pourra peut-être nous indiquer un caractère nouveau qui joue un rôle important dans le sentiment de la réalité. Les hallucinations en effet s'accompagnent de ce sentiment à un haut degré et, dans l'expérimentation au moyen de la suggestion hypnotique, nous pouvons noter à quel moment il survient. « La perception réelle ou l'hallucination d'un chien, disais-je autrefois[1], est un ensemble d'images visuelles, tactiles, auditives même, très variées. Pour passer de l'idée d'un chien à l'image hallucinatoire d'un chien, il faut non pas renforcer, mais compléter l'image. Ce serait être bien maladroit, en face d'un sujet qui voit difficilement les hallucinations que de répéter même en criant très fort : « tu vois un chien, tu vois un chien » : on n'arriverait à rien. Il faut préciser et compléter l'image : « Tu vois ses oreilles, tu vois sa queue, tu vois ses longs poils de couleur jaune, tu entends qu'il aboie. » Ou bien, si l'on a affaire à un sujet qui en soit capable, il faut lui laisser le temps de développer lui-même son image. Si, dans une conversation rapide, je dis à Léonie qu'il y a des moutons dans la prairie au bord de la rivière, etc., j'éveille par chaque mot une image incomplète et vague qui ne sera pas une hallucination. Mais si après avoir dit : « il y a un mouton devant toi, » je m'arrête brusquement et ne lui parle plus ; son idée se développe peu à peu, elle cherche à se représenter des détails nouveaux, à sentir la toison, à entendre le cri et elle finit par dire : « C'est un vrai mouton. » C'est-à-dire un mouton complet et non plus une image de mouton. La complexité de l'image comme le montrait M. Souriau, a donné naissance à son objectivité[2]. Depuis cette époque, j'ai eu l'occasion à plusieurs reprises d'insister sur ce rôle de la complexité et du développement de l'image dans la suggestion et dans l'hallucination[3] et je considère encore comme bien vraisemblable que c'est au nombre et à la richesse des images évoquées à propos d'une

1. *Automatisme psychologique*, 1889, p. 181.
2. Souriau, Sensation et perception. *Revue philosophique*, 1883, II, 75.
3. *Accidents mentaux des hystériques*, 1894, p. 23. *Névroses et Idées fixes*, I, p. 216 ; II, p. 131, etc.

même idée qu'est dû le caractère de réalité apparente des hallucinations hystériques.

Si nous considérons au contraire ces psychasthéniques qui n'arrivent point au sentiment du réel ni dans leurs pseudo-hallucinations ni même dans leurs perceptions, nous voyons qu'ils ont toujours la pensée occupée par des phénomènes plus simples, moins riches. Ils ont des souvenirs et surtout des souvenirs lointains, mais de tels souvenirs sont simplifiés, décolorés, ils ne sont pas aussi complexes que le spectacle d'un événement réel. Ils ont surtout des raisonnements abstraits, des bavardages, dans lesquels la pensée se fait au moyen de substituts qui remplacent, par une image simple, un groupe de phénomènes. Quelquefois ils constatent eux-mêmes cette simplification de leur pensée, cette diminution de la richesse des perceptions. Jean me répète sans cesse « qu'il ne saisit pas la réalité avec la force normale ». J'insiste en lui demandant ce qu'il entend par là, comment il se rend compte de ce prétendu changement, puisque je ne puis découvrir en lui aucune sensation insuffisante : « Voici, me dit-il, ce que je crois avoir remarqué : dans la vision normale, dans la vision que j'avais autrefois, un objet était composé d'une foule de détails : si vous voulez, il y avait dans cette surface de l'objet au moins trois mille petits points différents que je voyais tous à la fois, maintenant il me semble qu'il n'y en a plus que quinze cents. »

Cet ensemble de remarques nous montre que dans la constitution des phénomènes de notre premier groupe, dans notre fonction du réel, il faut faire jouer un rôle à la complexité et à la richesse des phénomènes psychologiques. Dans l'hallucination comme dans la perception du réel et dans l'action, le contenu de la conscience à propos de chaque objet est non seulement synthétisé mais il est riche ; le nombre de sensations et des images données simultanément est considérable. Au contraire, dans les groupes inférieurs, dans le raisonnement et même dans la rêverie, la pensée est abstraite, elle se fait au moyen de substituts et elle est en réalité assez pauvre de phénomènes rentrant simultanément dans la synthèse mentale.

Plusieurs auteurs semblent avoir senti l'importance qu'a dans le fonctionnement de l'esprit le nombre des phénomènes psychologiques simultanés. M. Espinas, à propos du sommeil chez les hystériques, a parlé de l'importance des *sensations volumineuses*

qui mettent dans la conscience un grand nombre de phénomènes simultanés[1]. M. Stout, à propos de la croyance, remarque « que la force de cohésion entre deux idées A et B n'est pas seulement dans les idées elles-mêmes mais dans la *masse* des éléments conscients et subconscients qui les soutiennent[2].

M. Manouvrier, dans un article intéressant sur la volonté, exprime des idées du même genre : « quand les cellules cérébrales sont le siège d'une nutrition très active, quand leur composition moléculaire est telle que la quantité d'énergie mise en liberté par leur désintégration est à son maximum... alors les sensations sont vives et nombreuses ; il y a des délibérations larges et vives parce que de nombreux groupes cellulaires associés sont mis en jeu et fortement excités : les délibérations sont largement conscientes parce que l'excitation se propage jusqu'aux groupes les plus nouvellement formés et parce que la désintégration moléculaire d'où résulte la conscience est très active : la délibération est brève, parce que cette activité même entraîne la cohésion rapide de plusieurs désirs ou volontés naissantes d'où résulte cette désintégration moléculaire prépondérante qui constitue la volonté. Enfin, cette volonté est sûrement, rapidement et énergiquement suivie d'exécution parce que le courant nerveux énergiquement commencé par cette désintégration centrale participe lui-même de la vigueur générale que l'on peut appeler neurosthénie (σθένος). Dans l'état opposé ou neurasthénique (ἀ, σθένος), la volonté au contraire est affaiblie comme tous les états de conscience qui la précèdent. Les sensations sont faibles, les images éveillées dans le processus associatif sont excitées faiblement en petit nombre et successivement. Les premières éveillées sont déjà éteintes au moment où l'excitation parvient au groupe voisin, de sorte que les coordinations sont pauvres et précaires ; la délibération est étroite et molle par suite de l'exiguïté qualificative et numérique des motifs mis en jeu ; les désirs sont sans énergie. Il peut arriver qu'aucun d'eux n'acquière une intensité suffisante pour constituer la volonté. En ce cas, c'est l'aboulie... Ce qui me paraît avoir une très grande portée psychologique, ajoute M. Manouvrier avec beaucoup de profon-

1. M. Espinas, *Du sommeil provoqué chez les hystériques, Essai d'explication de ses causes et de ses effets*. Bordeaux, 1884, p. 15.
2. Stout, *Mind*, July-oct. 1891.

deur, c'est l'opposition entre la neurosthénie et la neurasthénie ou, si l'on veut, entre la *cérébrosthénie* et la *cérébrasthénie*, quant aux effets produits par ces deux états sur l'intensité ou même sur la forme du fonctionnement mental[1] ».

C'est la même notion de la richesse des processus mentaux que je retrouve comme élément essentiel des véritables hallucinations et qui me semble jouer un grand rôle dans toutes les opérations de la fonction du réel. Cette notion a l'avantage de contenir ce qui était intéressant dans les hypothèses précédentes relatives à l'importance des sensations et surtout des sensations de mouvement, celles-ci sont évidemment contenues dans ce que j'appelle la richesse du contenu de la pensée.

Pourrait-on aller plus loin et chercher si nous pouvons découvrir d'autres caractères psychologiques auxquelles soient liés cette concentration et cette richesse des phénomènes. Je suis disposé à imaginer que la rapidité des phénomènes psychologiques ou plutôt des éléments de ces phénomènes doit intervenir ici. Il est visible, je l'ai montré bien souvent, que les douteurs sont des lents et il n'est pas impossible de supposer qu'il y a chez eux un ralentissement de ces oscillations, de ces vibrations qui constituent peut-être les éléments de la conscience. Les expériences que j'ai publiées à propos du ralentissement des sensations visuelles élémentaires chez les névropathes[2] pourraient être rattachées à cette étude. Mais il est trop évident que ce sont là des hypothèses actuellement invérifiables que nous ne pouvons ajouter sans démonstration aux faits acquis.

En un mot, il me semble que deux phénomènes essentiels caractérisent les premiers degrés de cette hiérarchie : 1° l'unification, la concentration, surtout importante lorsqu'elle est nouvelle et qu'elle constitue la synthèse mentale ; 2° le nombre, la masse des phénomènes psychologiques qui doivent faire partie de cette synthèse. La réunion de ces deux phénomènes, une synthèse nouvelle, une forte concentration et des faits de conscience très nombreux constitue, un caractère qui doit être essentiel en psychologie et que l'on peut appeler par convention *la tension psychologique*.

1. Manouvrier, La volonté. *Revue de l'hypnotisme*, 1894, p. 229, 232.

2. La durée des sensations visuelles élémentaires, communication à la Société de pyschologie. *Bulletin de l'Institut général psychologique*, 1904, n° 6, p. 540.

Maudsley a déjà parlé des divers degrés de tension que pouvait prendre l'énergie cérébrale[1]. Spencer a exprimé des idées du même genre « sur les diverses tensions ou pressions du système nerveux, et sur le rôle qu'elles doivent jouer dans la conscience[2] ». Höffding a déjà insisté sur cette tension, cette concentration qu'il considère comme essentielle dans la volition : « A l'expansion de la recherche des motifs doit succéder une concentration. Il s'agit de clore tout le débat conscient, de concentrer l'énergie sur un seul point qui puisse servir de point de départ pour la réalisation du but qu'on s'est proposé[3]. » M. Bergson a indiqué beaucoup d'idées philosophiques analogues quand il a dit que « l'action doit concentrer de plus en plus un grand nombre d'images dans un moment du temps de plus en plus court[4] ». « Les divers souvenirs évoqués, dit-il encore, répondent à divers degrés de tension de la mémoire ici plus rapprochée de l'image pure (du rêve), là plus disposée à la réplique immédiate, c'est-à-dire à l'action[5]. »

Voici donc un ensemble de recherches qui convergent vers cette idée qu'il y a des degrés de tension psychologique et qu'à ces divers degrés correspondent non seulement des modifications d'intensité mais des modifications très intéressantes de qualité ou de nature dans ces phénomènes. J'ai essayé de les préciser en rapprochant ces notions relatives à la tension psychologique de tous les faits mis en évidence dans le tableau de la hiérarchie. *Le degré de la tension psychologique, ou l'élévation du niveau mental se manifeste par le degré qu'occupent dans la hiérarchie les phénomènes les plus élevés auxquels le sujet peut parvenir.* La fonction du réel avec l'action, la perception de la réalité, la certitude exigeant le plus haut degré de tension, ce sont des phénomènes de haute tension; la rêverie, l'agitation motrice, l'émotion exigeant des tensions bien inférieures, on peut les considérer comme des phénomènes de basse tension correspondants à un niveau mental inférieur.

Bien entendu il est facile de traduire ces hypothèses psychologiques en hypothèses physiologiques : comme je l'ai dit souvent, en dehors des expériences de physiologie et des recherches his-

1. Maudsley, *Physiologie de l'esprit*, p. 300 et suiv.
2. Spencer, *Principes de psychologie*, I, p. 635 et suiv. (Paris, F. Alcan).
3. Höffding, *Manuel de psychologie*, chap. VII.
4. Bergson, *op. cit.*, p. 231.
5. Id., *ibid.*, p. 185.

tologiques proprement dites, les interprétations physiologiques ne sont que des traductions des notions psychologiques en un autre langage. Il est bien vraisemblable que cette tension psychologique correspond à une certaine tension physiologique et physique qui existe dans le système nerveux central. On connaît bien des forces physiques présentant des degrés de tension du même genre et déterminant des phénomènes différents suivant leur degré de tension. Quand il s'agit du courant électrique on sait très bien que certains phénomènes ne sont possibles que grâce à une certaine tension du courant. Une lampe donnée ne s'allumera que si le courant a 115 volts ; cela ne veut pas dire qu'un courant de 90 volts soit un courant nul. Ce courant inférieur peut être capable de produire d'autres phénomènes, de porter au rouge un fil de platine, de faire marcher un moteur, etc. ; mais il ne peut pas allumer la lampe précédente. La chaleur présente des degrés de tension différents suivant la température à laquelle elle s'élève : à 330° elle détermine la fusion du plomb, à 1775° celle du platine. Il doit se passer quelque chose d'absolument semblable au point de vue des courants nerveux.

Malheureusement nous ne savons guère aujourd'hui de quoi dépend cette tension du cerveau. S'agit-il d'une certaine vitesse de vibrations encore inconnues ? Y a-t-il un organe spécial chargé des phénomènes de haute tension, tandis que d'autres régions se bornent à l'exécution des phénomènes de basse tension ? Est-ce tout le cerveau qui change de tension suivant les cas ? D'où provient la régulation de cette tension ? Dépend-elle uniquement du cerveau lui-même, ou est-elle influencée par d'autres organes, par le fonctionnement de certaines glandes à sécrétion interne ? il faut sur tous ces points avouer notre ignorance. Tout ce que nous pouvons conclure, c'est que les modifications de la tension du cerveau vont avoir une importance psychologique énorme s'il est vrai que, comme nous avons été amenés à le supposer dans cette première hypothèse, des catégories de phénomènes psychologiques absolument différents correspondent à différentes tensions.

4. — *Abaissement de la tension psychologique.*

Si l'on a bien conçu la notion de la tension psychologique, on

doit s'apercevoir immédiatement que cette tension est très variable non seulement chez les différents êtres mais encore au cours de la vie d'un même être. Si je ne me trompe, la connaissance de *ces variations de la tension psychologique*, de *ces oscillations du niveau mental* jouera plus tard un rôle de premier ordre dans l'interprétation des modifications du caractère, de l'évolution de l'esprit, des modifications produites par l'émotion.

Il suffit de rappeler ici quelques exemples bien connus de cette oscillation pour pouvoir appliquer cette notion à notre problème. En premier lieu, il est probable que ces variations de tension psychologiques jouent un grand rôle dans les modifications mentales produites par l'âge. La puissance d'adaptation au réel, très petite dans l'enfance, s'accroît dans la jeunesse et baisse dans la vieillesse : on connaît l'aboulie, la distraction, l'amnésie continue des vieillards.

En second lieu, on peut signaler les modifications psychologiques que l'on observe pendant le sommeil. Dans mes cours de 1901 sur « le sommeil et les états hypnoïdes », j'ai constamment développé cette idée que la veille et le sommeil nous présentaient un des plus beaux exemples des grandes oscillations du niveau mental, On retrouve dans le rêve tous les troubles caractéristiques de l'abaissement de la tension psychologique. L'aboulie, la lenteur, l'entêtement, l'absence d'adaptation caractérisent l'action des rêveurs, comme la distraction, le rétrécissement du champ de la conscience, l'absence de comparaison et de critique caractérisent leur attention. Il y a dans le rêve de l'amnésie continue qui empêche la fixation et la persistance des souvenirs, il y a aussi, chose curieuse, de l'amnésie rétrograde ou de la mémoire retardante, car le rêve ne porte pas sur les événements de la journée mais sur les faits déjà reculés dans le passé. On remarque facilement dans le rêve de l'automatisme, de la répétition indéfinie, de la déclamation, des illusions dans l'appréciation du temps, le sentiment de drôle, le déjà-vu, le doute, le dédoublement, etc. La notion de l'abaissement de la tension psychologique, comprise avec précision, c'est un des meilleurs résumés que l'on puisse donner de l'état de l'esprit pendant le rêve.

On peut donc, après ces remarques, appliquer notre hypothèse de la hiérarchie des phénomènes psychologiques ou des divers degrés de la tension psychologique à l'interprétation des états

psychasthéniques. Pour y parvenir voici de quelle manière on pourrait se représenter le trouble fondamental de la maladie.

A partir d'un certain moment sous des influences diverses que j'étudierai plus tard survient chez ces individus *un abaissement de la tension psychologique et nerveuse* telle que nous l'avons comprise. Chez les uns cet abaissement une fois commencé va rester définitif pendant plus ou moins longtemps, chez les autres il disparaîtra rapidement pour réapparaître bientôt ; il faut aussi remarquer que suivant les sujets l'abaissement de la tension sera plus ou moins profond. Ce sont des variétés que l'on peut négliger pour le moment, l'essentiel c'est que cet abaissement existe chez tous au début des périodes de la maladie, qu'elle soit courte ou longue, profonde ou légère. Cela veut dire d'après les études précédentes que certains phénomènes supérieurs, fonction du réel, action volontaire avec adaptation nouvelle avec sentiment de liberté et de personnalité, perception de la réalité, croyance, certitude, douleur et jouissance du présent, notion exacte du présent vont devenir impossibles, tandis, que les autres groupes d'opérations, action et perception désintéressée ou avec distraction, et à plus forte raison, raisonnement, rêverie et émotion mal coordonnée vont rester parfaitement faciles. Il suffit de se reporter à tout ce que nous avons dit sur l'insuffisance psychologique pour constater que c'est bien ainsi que les choses se passent.

On a vu en effet que ces personnes ne sont pas simplement des émotifs mais que ce sont des malades dont toute la vitalité et toute la nutrition semblent altérées, leur amaigrissement caractéristique ne me paraît pas convenir à un caractère simplement émotif. Il y a là un abaissement de la vitalité qui est bien d'accord avec cet abaissement de la tension nerveuse que nous supposons. Plusieurs auteurs ont ainsi insisté avec juste raison sur ce caractère maladif que d'ordinaire on néglige trop[1].

Il est inutile de reproduire tous les faits que nous avons cités à propos de ces insuffisances psychologiques et qui démontrent bien l'abaissement de la tension psychologique. Je rappelle seulement certains cas démonstratifs où les malades débutent par un abaissement tout à fait visible. Nous avons des cas comme

1. Van Eeden, Les obsessions. *Revue de l'hypnotisme*, 1892, p. 11. Haskovec, *op. cit.*, 124.

celui de Ver... et de Bei... où brusquement, sans obsession, sans crises d'angoisse proprement dite, les malades perdent la réalité de leur personne, ne peuvent plus atteindre à la perception personnelle attentive et réelle, mais continuent à avoir toutes les opérations correctes du moment qu'elles sont faites avec distraction et qu'ils n'essayent pas de les porter à un degré élevé devenu impossible. Ces mêmes sujets ne parviennent aux autres formes de la maladie qu'un an ou deux après. D'autres ne peuvent plus parvenir à la réalité dans la perception extérieure ou bien n'ont que de l'aboulie, de l'indécision, ils ont de la lenteur, de l'inachèvement des actes, ils deviennent incapables d'apprendre, ne se rendent plus bien compte de ce qu'ils lisent, de ce qu'ils entendent. « Il y a quelque chose de travers dans ma vie, un voile qui m'entoure et dont je ne peux plus me dépêtrer » (Gisèle). « Les choses n'ont plus leur effet complet sur moi » (Jean). « Ma tête est devenue faible, écrit Mm..., et ne peut plus se livrer à aucun travail... je deviens d'une distraction sans égale. Je ne vois ni n'entends ce qui se passe autour de moi... j'ai l'esprit constamment absorbé, je ne puis me débarrasser d'un ennui, d'un état de langueur indéfinissable. »

« A 17 ans je suis devenue peu à peu distraite, dit Mb..., je ne me rendais plus compte de ce que je faisais, pendant que je jouais du piano je me demandais si j'étais au piano, et il me semblait que le piano n'existait pas. » « C'est un voile qui est tombé sur moi, dit Lag..., je ne peux plus le percer, je ne m'appartiens plus, je ne peux plus être sur terre, il me faut malgré moi rester dans les nuages. » « Il me semble, dit Xyb..., que quelque chose s'est cassé dans ma tête, je ne suis plus moi-même, je ne suis plus posée à un moment du temps, je ne suis plus nulle part. » C'est un état crépusculaire où le malade vit plus dans le passé que dans le présent. Al... débute par un état de distraction, elle ne comprend plus ce qu'elle lit et n'a plus de mémoire des événements récents. « Il me semble que tout s'efface au fur et à mesure, comme si le présent n'existait plus pour moi, je ne me rends plus compte de la façon dont je vis depuis quelque temps. »

Celle qui exprime le mieux cet abaissement des fonctions mentales au début c'est Claire. La maladie a commencé chez cette jeune fille vers l'âge de 18 ans et par une sorte d'engourdissement, d'incapacité qui a d'abord porté sur des opérations supérieures et qui s'est étendue peu à peu : « tout s'est éloigné

de moi, dit-elle, c'était comme une lumière qui s'éloignait de moi très lentement, mais de plus en plus. J'avais une tristesse sans savoir pourquoi, un manque d'espoir, de confiance, de croyance même, je sentais cela jour et nuit. J'ai cru que c'était ma foi regieuse qui s'en allait, mais je n'ai jamais pu trouver exactement ce qui me manquait : je disais que je n'avais plus de foi comme maintenant je dis que je n'ai plus de cœur... J'éprouvais une difficulté pour tout ce que je faisais auparavant... Il y avait comme un voile qui s'étendait sur moi, qui m'empêchait de voir, d'agir comme avant, qui m'empêchait, par exemple, de me repentir, comme si ma foi s'en allait. C'est plus tard que j'ai senti mes autres sentiments diminuer, j'ai moins senti les affections, les joies, les peines, il me semblait que j'étais comme endurcie... Il me semblait qu'on m'enlevait la liberté, quand j'agissais, ce n'était pas moi comme autrefois ; mes idées se succédaient et je ne pouvais plus les arrêter... ». Puis sont survenus chez cette malade tous les troubles de l'insuffisance psychologique. Je tiens seulement à faire remarquer que cet état n'était aucunement chez elle au début le résultat d'une obsession, celles-ci ne se sont développées chez Claire que plusieurs années après.

Même chez les malades avancés qui ont toutes les obsessions possibles, il y a des moments où l'état d'abaissement se présente seul sans angoisse et sans idées. C'est ce que Jean appelle son état implicite « un état vague qui revient tout d'un coup, indéfinissable et affreux, c'est comme une couche qui surplombe tout l'esprit, qui l'empêche de s'élever à rien ; c'est perpétuel et immuable sans que je sache aucunement pourquoi, sans que je souffre véritablement et sans que j'aie aucune idée », c'est l'état vague de Gisèle : « Je souffre comme si j'avais une obsession qui m'empêche d'agir et de penser, mais vraiment je ne sais pas laquelle et je crois qu'il n'y en a pas. »

Il y a donc là un phénomène primitif et essentiel qui consiste dans la disparition de certaines opérations psychologiques supérieures d'après notre hiérarchie avec conservation des inférieures. On peut donc résumer cet état en disant qu'il y a un abaissement de la tension psychologique. Si cet abaissement est rapide et de peu de durée nous dirons que c'est une *chute de tension* et nous pourrons désigner cette crise sous le nom de *crise de psycholepsie*, M. Meschede (Königsberg) a déjà employé dans un sens analogue, mais non identique, le mot de « phénomènes phréno-

leptiques[1] ». « Le mot de phrénolepsie est formé, dit l'auteur, par analogie avec catalepsie, épilepsie, narcolepsie et exprime bien l'irrésistibilité du phénomène qui se passe dans le domaine de l'idéation. » Tout en conservant en partie le mot qui me semble heureux et le sens que lui donne l'auteur, je crois, par les études précédentes, avoir donné plus de précision à la notion de la psycholepsie. Si l'abaissement est durable il constitue cet état psychologique inférieur permanent que j'ai désigné sous le nom de *psychasthénie*.

5. — Rapport des crises de psycholepsie avec les accès épileptiques.

Puisque le fait de l'abaissement de la tension psychologique, la crise de psycholepsie est pour moi le fait principal de la maladie, l'origine de tous les autres, il faut insister sur lui en montrant son rapport avec des phénomènes pathologiques bien connus et du même genre.

Le plus intéressant problème à examiner à ce propos est celui des rapports qui existent entre ces crises de psycholepsie et les accès d'épilepsie proprement dite. En effet, l'accès épileptique avec sa perte totale de conscience, avec ses vertiges et ses actions complètement automatiques est bien certainement le type le plus complet d'abaissement mental et d'oscillation du niveau mental : si les crises de psycholepsie méritent leur nom, il me semble difficile qu'elles n'aient pas quelque rapport avec les accès épileptiques.

Griesinger et après lui Berger signalaient des relations possibles entre l'épilepsie et la maladie des obsessions, mais plus tard ce problème sembla bien oublié et la plupart des auteurs, remarque M. Haskovec[2], se refusèrent à voir ces relations. Cependant, d'après une citation de Legrand du Saulle[3], je crois que Westphal se demande s'il n'y a pas lieu de rapprocher l'agoraphobie de

1. Meschede (Königsberg) sur l'Écholalie et la Phrénolepsie. *Allg. Zeitz. f. Psychiatrie*, LIII, f. 4, 1897.
2. Haskovec, *op. cit.*, p. 125.
3. Legrand du Saulle, *Agoraphobie*, p. 60.

l'épilepsie. Dans le même passage, pour montrer l'intérêt qu'il prend à la question, Legrand du Saulle cite une observation d'un épileptique agoraphobe. Cependant, en général, il est exact que cette relation a été le plus souvent complètement niée par les observateurs, qui sont beaucoup plus frappés des grandes différences apparentes que des ressemblances.

C'est ce qui est très net dans cette discussion de M. Mickle dont MM. Pitres et Régis adoptent complètement les conclusions. « L'émergence soudaine du fin fond de la conscience des éléments de l'obsession, peut rappeler l'attaque d'épilepsie, cependant ce n'est pas là de l'épilepsie vraie; ce n'est pas non plus de l'épilepsie larvée... ces états d'obtusion secondaire, de tourbillon mental diffèrent absolument de l'absence primaire, du voile momentané, de l'imperception des états nuageux de l'épilepsie; des obsessions chez les épileptiques n'existent jamais au moment précis où l'esprit est sous le coup d'une attaque... En résumé, dans l'obsession, il y a conservation entière ou presque entière de la conscience, d'ordinaire parfaite, souvenir de l'attaque, anxiété et angoisse concomitante, inquiétude du malade sur son état mental, dégoût de la vie, fréquemment stigmates physiques de neurasthénie cérébrale. Dans l'épilepsie, il y a explosion soudaine de l'attaque, inconscience, état de trouble ou grande obscurité mentale pendant l'explosion, perte plus ou moins complète du souvenir de l'attaque, souvent ressemblance absolue des détails entre plusieurs attaques consécutives... » MM. Pitres et Régis insistent en plus sur la lutte mentale qui caractérise l'obsession au lieu de la soudaineté irrésistible de l'épilepsie, ils opposent comme exemple la dromomanie de l'obsédé à l'automatisme ambulatoire de l'épileptique [1].

Sans contester l'intérêt de ces remarques, je crois que nos études précédentes nous permettent de ne pas les considérer comme absolument définitives. Ces auteurs insistent beaucoup sur cette observation que l'obtusion est secondaire chez l'obsédé, qu'elle est consécutive à l'obsession elle-même; mais c'est un point qui me paraît très contestable. Il y a chez les psychasthéniques tout un ensemble d'insuffisances psychologiques qui sont quelquefois très graves et qui loin de dépendre de l'obsession en sont au contraire le point de départ. Il est faux de dire que les sentiments de dépersonnalisation, d'automatisme, de voile,

1. Pitres et Régis, *op. cit.*, p. 96.

de nuage, de défaut d'émotion, soient la suite d'une obsession, à laquelle songerait tout le temps le malade ; on les observe fréquemment et pendant des années entières avant l'apparition d'aucune obsession.

On insiste ensuite sur la conservation complète de la conscience pendant les crises d'obsession. C'est encore un point que je ne puis admettre : l'incapacité absolue d'arriver malgré des efforts inouïs à une résolution, à une croyance, l'amnésie continue, la diminution énorme de toutes les fonctions du réel ne sont pas les marques d'une conscience intacte. Il y a une diminution de la tension psychologique que l'on ne peut pas considérer comme insignifiante.

D'autre part, on insiste sur la soudaineté, l'inconscience, la perte totale des souvenirs, la répétition automatique de la grande attaque comitiale. D'abord certains de ces caractères, la soudaineté et la régularité se retrouveraient très bien chez les psychasthéniques. Jean est toujours saisi soudainement de ces idées « cela me vient tout d'un coup, comme si je recevais un coup de bâton », et ses crises ont une monotonie remarquable. Il en est de même chez Gisèle », ça tombe sur moi comme un coup de tonnerre » et l'on peut prédire mot à mot les phrases qu'elle va prononcer. Ensuite les caractères que l'on indique ici n'appartiennent qu'aux grands accès épileptiques et personne n'a jamais prétendu que les crises d'obsessions fussent identiques au grand mal avec secousses cloniques et stertor. Il y a d'autres phénomènes épileptiques dans lesquels on n'observe ni la perte totale de la conscience, ni la perte totale des souvenirs. Les différences indiquées par ces auteurs ne me semblent donc pas suffisantes a priori pour écarter le problème et c'est à la clinique à montrer si le rapprochement est possible et intéressant.

A plusieurs reprises M. Féré a montré que certaines formes d'émotivité morbide doivent être considérées comme des syndromes analogues aux syndromes épileptiques. MM. Marinesco et P. Sérieux ont insisté sur la fréquente coexistence des idées obsédantes, des scrupules, des manies impulsives, des phobies avec l'épilepsie[1]. M. Nagy[2] et surtout M. Ottolen-

1. Marinesco et P. Sérieux, *Essai sur la pathogénie et le traitement de l'épilepsie*, 1895, p. 64.
2. Nagy, *Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1893.

ghi ont insisté sur les épilepsies psychiques. « *L'état crépusculaire* peut précéder le grand accès, le suivre ou en être indépendant, il peut durer quelques heures, quelques jours, des mois, des années et constituer alors une sorte d'état second... cet état est souvent difficile à distinguer de l'état somnambulique. Lorsqu'il dure un certain temps il peut être conscient, c'est une sorte d'état second épileptique dans lequel l'individu a conscience de ce qu'il fait, s'en souvient, mais agit tout autrement qu'à l'état normal[1]. » Il est facile de voir que cet état crépusculaire peut se rapprocher de notre état psychasthénique.

Aussi n'est-il pas surprenant que M. Haskovec au dernier Congrès de médecine ait repris l'ancienne opinion de Griesinger et montré par une observation remarquable que l'on rencontre parfois chez des épileptiques des phénomènes identiques à ceux que présentent les obsédés. « Un homme de 36 ans, J. R..., atteint depuis longtemps de mal comitial classique se trouvant un jour au théâtre sent les premiers signes d'un accès semblable à ceux qu'il a depuis longtemps. Il résiste de toutes ses forces et arrive à arrêter l'accès. Celui-ci ne se produisit pas, mais le malade entra dans un état psychique étrange. Il me semblait dit-il, que je rêvais ; je voyais tout, j'entendais tout, mais tout cela me paraissait étrange ; il me semblait que ces perceptions n'arrivaient pas directement à moi que je n'avais pas des impressions réelles mais que ce n'était que des reproductions de choses automatiques[2]. » L'observation de M. Haskovec ne parut pas très démonstrative parce qu'elle portait en réalité uniquement sur le sentiment d'étrangeté, de dépersonnalisation dont on était disposé à faire une maladie indépendante sous le nom de névrose de Krishaber. Mais pour nous qui avons beaucoup insisté pour montrer que ce sentiment est banal chez les obsédés, qu'il est à la racine de leurs obsessions, le fait prend une plus grande importance. Pour terminer cette incomplète revue historique des auteurs qui ont étudié ces relations de la psychasthénie avec l'obsession, nous rappelons seulement que depuis plus de quatre ans dans les leçons cliniques de la Salpêtrière M. le Pr Raymond et moi-même avons signalé à maintes reprises à propos d'un grand nombre d'observations cliniques analogues à

1. Ottolenghi, Epilepsies psychiques. *Riv. sper. d. freniat.*, XVII, fasc. 1, 1892.
2. Haskovec, *op. cit.*, p. 125.

celle de M. Haskovec l'importance de ce rapprochement[1]. Nous pouvons maintenant passer à l'examen clinique des faits.

Une première remarque qui a une certaine importance c'est la coïncidence assez fréquente de l'épilepsie vulgaire avec la maladie des obsessions. Parmi les malades que j'ai cités dans ce travail il y en a 12 qui sont de véritables épileptiques, ayant des grands accès classiques et des vertiges. Ce nombre à déjà quelque intérêt, quand on songe que, si je ne me trompe, la coïncidence de l'hystérie et de la maladie du doute bien nette est infiniment plus rare. Les idées fixes existent bien entendu très souvent dans l'hystérie, mais elles prennent de tout autres caractères. L'idée fixe hystérique qui se développe au cours d'un somnambulisme sous forme d'actes et d'hallucinations ne ressemble pas du tout à mon avis à l'obsession qui détermine des ruminations interminables et des angoisses sans jamais se développer complètement dans la crise de psychasthénie.

Cette simultanéité de l'épilepsie et de la maladie du scrupule est-elle une simple coïncidence fortuite ou ces deux symptômes ont-ils des relations entre eux? Si nous considérons les phénomènes rangés sous le titre d'insuffisances psychologiques et de sentiments d'incomplétude que présentent constamment les obsédés, nous verrons que des troubles de la perception extérieure ou personnelle tout à fait identiques sont souvent sous la dépendance immédiate d'accidents épileptiques. Qes... a des obsessions conscientes avec impulsion à tuer sa mère ou des remords obsédants de l'avoir tuée, elle se figure qu'elle fera du mal à tout le monde, elle veut vivre enfermée dans un hôpital parce que les fenêtres sont grillées et qu'elle sera empêchée de commettre des crimes. En même temps elle a des accès épileptiques complets et des vertiges. Ceux-ci sont tout à fait caractériques : soudaineté, pâleur de la face, obnubilation intellectuelle. Souvent dans ces états vertigineux quand ils se prolongent un peu et qu'ils ne sont pas assez complets pour supprimer tout souvenir consécutif elle éprouve des sentiments bizarres, elle voit les objets les plus habituels avec une sorte d'étonnement, elle les trouve étranges, inattendus comme des objets qu'elle n'aurait jamais vus et qui appartiendraient à un monde imaginaire. Chez cette

1. Raymond, *Leçons cliniques sur les maladies du système nerveux*, 5e série. 1901. p. 115.

malade qui est à la fois obsédée et épileptique, les sentiments d'étrangeté dans la perception extérieure apparaissent d'une façon tout à fait nette au cours d'un vertige qui a tous les caractères d'un vertige épileptique.

Une autre malade me paraît fort remarquable, elle reproduit exactement l'observation de M. Haskovec. Is... (28), jeune fille de 22 ans, a des accès épileptiques francs depuis la puberté, elle en a deux ou trois par mois. Il y a quelque temps, à la suite d'un accès avorté dont elle a seulement senti les débuts, elle est entrée dans l'état suivant : elle voit tout et entend tout comme à l'ordinaire mais elle s'est mise à douter de tout. Elle ne sait plus si ce qu'elle voit existe ou n'existe pas ; en regardant sa mère elle se met à dire : « Je voudrais bien que cette dame soit ma mère, mais je ne peux pas arriver à le croire, je ne peux même pas me mettre dans la tête que cette dame soit vivante. » Elle doute aussi d'elle-même : « elle a peut-être perdu sa personne, elle n'en est pas sûre... » Elle ne croit plus rien de ce qu'on lui dit, elle ne fait plus aucun travail et ne peut plus fixer l'attention. Cet état se prolonge pendant quatre jours, puis il semble disparaître en partie. Le cinquième, la malade se sent un peu mieux, a peu près normale, sauf qu'elle ne peut pas travailler. Is... revient à la réalité et elle éprouve à ce moment des sentiments de joie infinie, des envies de rire, un enthousiasme analogue à celui que j'ai décrit à propos des « sentiments sublimes » de Jean. Mais le sixième jour tout recommence, elle se sent de nouveau rêver et doute de tout. Cette fois cet état anormal l'impatiente, elle se sent mal à l'aise, étouffe, se sent angoissée ; elle fait des efforts impuissants pour arriver à la réalité et commence des manies d'interrogation. Si l'état s'était prolongé davantage, elle serait parvenue à la maladie complète de l'interrogation et de l'angoisse. Mais le septième jour un grand accès épileptique est venu simplifier la situation : après l'accès elle s'est retrouvée dans l'état normal. Dans toute la vie de la malade cet état bizarre ne s'est reproduit que trois fois et le sujet est resté en somme une épileptique à grand accès.

Une autre malade Hot... (27), jeune fille de 15 ans, a des accès épileptiques et des vertiges depuis l'âge de 8 ans 1/2. Souvent ses accès sont avortés : elle frotte son estomac, cligne des yeux, balbutie quelques mots, pâlit et c'est tout, de tels phénomènes sont bien connus chez les comitiaux. Depuis quelque temps à la

suite de ces accès avortés elle change d'attitude. Elle reste immobile sur sa chaise en refusant tout travail et toute occupation : « maman, dit-elle tout doucement, je ne demande pas mieux que de travailler, mais je ne vois pas clair, je ne peux pas travailler sans voir clair... Est-ce que je resterai aveugle ? » Elle est venue au laboratoire dans cet état et j'ai pu constater qu'elle ne présentait absolument aucun trouble de la vision. Il ne s'agissait comme on l'a vu, que d'un trouble du sentiment de la réalité dans la perception visuelle. Elle sort de cet état au bout de quelques jours par un accès épileptique complet. Pendant les quelques jours de cet état crépusculaire, il serait impossible, si on ignorait les antécédents, de la distinguer d'une de nos psychasthéniques qui voit drôle, qui voit le nuage, qui se plaint d'être dans le noir.

N'est-il pas évident que ces observations d'états crépusculaires, comme les appelle M. Ottolenghi rapprochées de celle de M. Haskovec, montrent au cours de l'épilepsie des abaissements de la tension psychologique, des insuffisances psychologiques, des sentiments d'incomplétude identiques à ceux des obsédés.

Un autre phénomène psychasthénique peut se rencontrer dans l'épilepsie, c'est la crise d'angoisse. M. W. de Bechterew a déjà décrit des attaques épileptiques et épileptoïdes revêtant la forme d'angoisses sans perte de connaissance, ni vertige, qui surviennent chez des épileptiques au milieu des accès ordinaires et qui les remplacent de plus en plus [1]. Il est vrai que M. de Bechterew distingue ces angoisses épileptique, de celle qu'il appelle neurasthéniques parce que l'angoisse épileptiques, dit-il, ne se rattache aucunement à une cause extérieure comme les grandes places, le tonnerre, la foule etc. Mais cette distinction ne nous suffit plus, elle repose sur cette notion déjà contestée par MM. Pitres et Régis que l'angoisse a toujours une forme systématique en rapport avec une perception déterminée ; nous savons que, surtout au début, l'angoisse peut être indéterminée et que par conséquent cette différence n'existe pas.

On peut donc généraliser la remarque de Bechterew sur les rapports de l'épilepsie et de l'angoisse. Il y a d'abord des malades qui commencent par l'épilepsie proprement dite et qui abou-

1. W. de Bechterew, *Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.

tissent à l'angoisse. Si... (34), femme de 33 ans, a eu depuis l'âge de 18 ans des crises nocturnes dans lesquelles elle se mordait la langue, urinait dans son lit et qui laissaient une grande courbature au réveil; ces crises n'ont jamais cessé complètement quoique dans ces derniers temps elles se soient fort espacées. La malade se plaint maintenant beaucoup plus de ce qu'elle appelle des crises d'idées noires, c'est un état d'inquiétude et d'angoisse qui s'empare d'elle surtout le soir. Il lui semble que son cœur se serre et que chez elle tout est mort, il lui semble que ses viscères disparaissent, n'existent plus : ce sentiment l'effraye beaucoup, elle croit qu'elle va devenir folle et ne peut plus tolérer de rester seule chez elle. D'après son opinion cette angoisse vient uniquement des tourments qu'elle a endurés et du départ d'un amant, mais en réalité cette tristesse prend un caractère spécial à cause de l'épilepsie antérieure. Si on en doutait, il suffirait d'examiner la façon dont s'est terminée une de ses angoisses pour en être convaincu. Dans un de ses désespoirs elle est sortie de chez elle et elle ne sait pas où elle a été : en réalité elle est tombée dans la rue en proie à un accès épileptique, ainsi que le prouvent la plaie qu'elle a encore au front et sa langue mordue.

Une autre malade, Fy... (34), femme de 35 ans est épileptique depuis l'enfance, morsure de la langue, perte d'urine, etc.; depuis que ses crises s'écartent, surtout depuis l'influence du traitement bromuré, elle a « des crises d'inquiétude, des peurs d'être seule, il lui faudrait un maître à qui se dévouer, elle a peur de voir le monde comme il est... Tout est si étrange que cela l'angoisse... Le temps est drôle, c'est peut-être la fin du monde et elle étouffe au point d'appeler sans cesse au secours. » C'est, comme on voit, la forme de Bechterew : épilepsie d'abord et angoisse ensuite, dans le dernier cas avec troubles de perception.

Il y a aussi la forme inverse et à ce propos l'observation suivante est remarquable. Gny... (32), homme de 52 ans, mécanicien de chemin de fer, d'un esprit intelligent et délicat a toujours eu une volonté faible. Depuis l'âge de 12 ans, il a des préoccupations et des scrupules qui ont pris bientôt la forme interrogative, il lui vient en tête des idées singulières qu'il a de la peine à exprimer et qu'il comprend mal lui-même : « pourquoi les hommes vivent-ils? Comment les hommes sont-ils faits? Pourquoi les hommes doivent-ils mourir? » Ces idées l'ont déjà beaucoup tourmenté. Au même moment où il se posait ces questions, il a déjà

éprouvé depuis longtemps des états émotifs tout à fait spéciaux, il avait des tremblement, des secousses, des sensations de froid dans les jambes, des troubles de respiration et des palpitations de cœur. En un mot depuis sa jeunesse il a des angoisses en même temps que des idées obsédantes et des interrogations scrupuleuses. Dans ces dernières années, les angoisses ont beaucoup augmenté et, comme il arrive souvent dans ce cas, les manies mentales ont diminué. Cependant il restait uniquement un psychasthénique douteur et angoissé, personne n'aurait songé à faire un autre diagnostic. Mais voici que depuis deux ans les choses en s'aggravant ont semblé changer de caractère. Le malade dans ses crises d'angoisse perd conscience de plus en plus : à trois reprises il est tombé par terre de tout son long, il a perdu conscience et il n'a eu pendant deux minutes « qu'un petit grelottement dans les mains » il est revenu à lui très hébété et engourdi et il a été saisi d'un sommeil profond et irrésistible qui a duré plusieurs heures ; dans un de ces accès il a mouillé son pantalon. Ce cas est tout à fait remarquable pour nous montrer la transformation très tardive, à 50 ans, des angoises en accès épileptiques.

Même évolution dans l'observation de Gy... (46), femme de 34 ans : crises d'angoisse qui ont commencé à la pension après une peur, sorte de sentiment de vertige et de bourdonnement de pensée. Dernièrement dans une de ces crises elle a marché droit devant elle sans savoir ce qu'elle faisait, puis elle est tombée sans connaissance et en bavant, l'accès a été typique. C'est assez pour montrer que l'angoisse psychasthénique peut se transformer en épilepsie de la même manière que l'épilepsie en angoisse.

Enfin, il est un dernier phénomène dont les rapports avec l'épilepsie sont extrêmement intéressants, c'est la rumination mentale et l'obsession intellectuelle elle-même. Tous ceux qui ont décrit les épileptiques ont bien noté leurs crises psychiques. Quelques-unes de ces crises sont tout à fait identiques à des ruminations psychasthéniques. M. Cullerre décrit chez les épileptiques les arithmomanies, les impulsions à compter, à combiner d'une façon générale des nombres quelconques et plus particulièrement à faire des calculs portant sur les divisions du temps, les secondes, les minutes, les heures, les jours, les mois, les années, les siècles [1].

1. A. Cullerre, *Ann. méd. psych.*, 1890, I, p. 25.

Je rappelle surtout à ce propos une observation très intéressante de M. Kéraval qui a rapport, il est vrai, à la migraine ophtalmique dont on sait les relations avec l'épilepsie. Il s'agit d'une malade qui a une migraine ophtalmique avec hémianopsie et scotome scintillant à gauche : en même temps que le trouble visuel elle ressent une excitation intellectuelle bizarre, une profusion d'idées avec afflux obsédant et gênant de toutes les conceptions qui s'y rattachent, elle se sent forcée d'examiner chacune de ces idées, de les sonpeser et de répondre par « oui » ou par « non » sur tous leurs caractères. Détail bizarre de l'observation que nous ne sommes pas capables aujourd'hui d'interpréter quand l'hémianopsie est inverse et plus accentuée à droite il n'y a rien de mental[1]. J'observe également en ce moment une malade qui a des crises de migraine ophtalmique avec scotome scintillant à gauche et qui est une scrupuleuse obsédée, mais je n'ai pas trouvé de rapport étroit entre les crises de migraine et les crises de scrupule.

Dans un article intéressant sur l'action inhibitoire de la volonté dans les attaques d'épilepsie M. Tissié [2] décrit un épileptique dont la crise est précédée par « une mauvaise idée ». C'est une idée banale qui traverse son esprit, grossit peu à peu, devient fixe et chasse toutes les autres pensées, le malade qui connaît cette mauvaise idée lutte contre elle dès qu'elle apparaît en tâchant de grossir d'autres idées. Cette observation est intéressante à bien des point de vue. Un des caractères distinctifs que l'on donne souvent: c'est que l'obsédé lutte contre son idée, on voit ici que l'épileptique peut lutter également; cette observation nous montre aussi la rumination au début de la crise d'épilepsie.

C'est ce que nous vérifierons dans l'observation de Jet... (36), homme de 25 ans, accès épileptiques depuis l'âge de 7 ans. « Cela débute, dit-il, quand je pense à une idée, cette idée m'entortille et je ne comprend plus rien. » Les accès de Sie..., homme de 17 ans, commencent par la pensée de chercher quelque chose, tout le temps il rêve qu'il cherche une clé qu'il a perdue, il s'absorbe dans cette recherche il ne reprend conscience qu'après une demi-heure de sommeil et se réveille la langue mordue. Get... tombe

1. Kéraval, Idées fixes. *Archiv. de neurologie*, 1899, II, p. 830.
2. Tissié, *Congrès des aliénistes et neurologistes français*, 1895, et *Revue de l'hypnotisme*, 1896, p. 129.

quand elle cherche à approfondir quelque chose, Lug..., Pax... (28), présentent des phénomènes semblables. On en trouverait beaucoup d'autres exemples dans les observations que j'avais recueillies pour la leçon de M. Raymond [1] sur les équivalents psychiques de l'épilepsie.

A côté des observations précédentes je puis placer un cas que je trouve tout à fait intéressant et démonstratif; la malade m'a été obligeamment signalée par M. Riche parmi les épileptiques de la Salpêtrière. Il s'agit d'une jeune fille Yol..., âgée de 20 ans, dont la maladie a commencé dès l'âge de 5 ans. Au début elle présentait seulement une sorte de malaise et de tic. Elle avait une souffrance à l'estomac qui la faisait pâlir, elle y portait les mains, frottait la région deux ou trois fois et c'était tout. Les phénomènes sont restés semblables, plus ou moins fréquents jusqu'à l'âge de 13 ans. A ce moment, huit jours avant l'apparition des règles, elle eut son premier grand accès. Depuis, les accès se répètent à peu près tous les mois et les vertiges tous les huit ou quinze jours. Mais ceux-ci se sont un peu compliqués par l'addition d'un phénomène intellectuel remarquable. Le malaise de l'estomac avec mouvements de friction et pâleur la saisit ordinairement le matin assez brusquement. Au moment où le malaise survient elle avait une pensée quelconque en tête, ou bien elle regardait quelque objet. Immédiatement, par le fait même de sa coïncidence avec le malaise, cette pensée change de caractère, *elle devient douloureuse et obsédante*. A partir de ce moment et sans interruption pendant toute la journée, Yol... se sent forcée de penser à cette même idée et ne peut s'en détourner « elle sait que cette idée lui est très pénible physiquement et moralement, car l'idée ramène le malaise de l'estomac et fait tout voir d'une manière drôle ; mais elle est forcée d'y penser constamment et ne peut absolument rien faire d'autre. » Yol... a été ainsi obsédée par la pensée de la première communion de sa sœur, par une date, par le nom d'une personne, par l'image d'un calendrier, par l'image d'une chaise ou d'un parapluie, parce que, au moment du malaise initial, elle pensait à cette première communion ou à cette personne, parce que, à ce moment, elle regardait le calendrier, la chaise ou le parapluie. L'obsession et le malaise durent tant que la malaise n'a pas eu plusieurs heures de sommeil normal.

1. F. Raymond, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1901, V, p. 107.

Si elle dort bien la nuit suivante elle est délivrée le lendemain matin et elle peut se remettre au travail, sinon elle aura le même tourment toute la journée et ne sera guérie qu'après la nuit suivante. Un tel cas dont je compte poursuivre l'étude est tout à fait instructif pour l'interprétation des obsessions.

Pour montrer le fait inverse que la rumination proprement psychasthénique peut se terminer par un accès épileptique je rappellerai l'observation remarquable de Vil..., que j'ai déjà souvent signalée. Elle a rapport à ce jeune homme qui présentait de si singulières obsessions sur l'infini du temps et de l'espace. On a déjà vu dans l'étude des ruminations comment l'esprit de ce jeune homme s'égarait à la poursuite de l'infini en toutes choses, comment il avait des méditations forcées sur l'infini du temps et de l'espace, sur l'infini du bonheur ou sur l'infini du malheur. Il m'avait décrit ses ruminations dans une lettre où il montrait une pleine conscience de leur absurdité ; d'après cette description, je l'avais considéré comme un obsédé se rattachant à la folie du doute et du scrupule et je l'avais prié de venir chez moi m'expliquer ce qu'il ressentait. Quand il vint me voir il me demanda de ne pas insister devant lui sur ces idées d'infini « car cela me cause, disait-il, un mal étrange ». Croyant provoquer tout au plus l'angoisse du scrupuleux, j'insistai sur les espaces qui s'ajoutent indéfiniment aux autres espaces. Le malade se plaignit de ressentir « des impressions de perdre la tête, de descendre » que nous connaissons bien ; puis brusquement il se renversa en arrière et pâlit, les globes oculaires se convulsèrent, il y eut des secousses rapides dans tous les membres. Quelques instants après, il reprit connaissance, mais il y avait une grande tache d'urine sur le parquet au-dessous de lui. Le malade n'eut aucun souvenir de ce qui lui était arrivé et reprit sa conversation avec une certaine hébétude et de l'amnésie rétrograde. Il était évident qu'il venait d'avoir un accès épileptique, qui avait été le terme de l'angoisse déterminée par la rumination sur l'infini. Depuis j'ai eu l'occasion d'observer un certain nombre de faits exactement du même genre.

Tous ces faits qu'il serait facile de multiplier me semblent démontrer que la distinction complète établie par M. Mikle, par MM. Pitres et Régis entre l'état psychasthénique et le mal comitial est un peu exagérée. Je n'ai pas la pensée de les identifier, je dis seulement qu'il y a dans ces deux maladies quelque

chose de commun, que leurs phénomènes sont voisins et peuvent aisément se transformer les uns dans les autres. Cet élément commun me paraît être l'abaissement, la chute de la tension psychologique. Dans l'épilepsie vraie cette chute est énorme, il y a suppression complète de la conscience, toutes les forces qui devaient être employées à produire cette conscience amènent la décharge, se dépensent en convulsions de tout le corps : dans l'état psychasthénique la chute est bien moins grande, mais il y a tout de même une chute de conscience qui détermine les sentiments bizarres des malades, leurs doutes et leurs angoisses.

6. — *Oscillations du niveau mental. — Influences qui déterminent l'abaissement.*

Pour justifier ces théories psychasthéniques qui considèrent les crises de tics, d'angoisse, de rumination comme des crises de psycholepsie, qui les explique par un abaissement du niveau mental il faut montrer davantage qu'il existe chez les malades des abaissements de l'esprit ou, d'une manière plus générale, des oscillations du niveau mental et que ces oscillations sont en rapport étroit avec les phénomènes observés dans les crises et dans les obsessions.

Pour y parvenir il faut rechercher dans quelles circonstances se développe cette maladie des psychasthéniques, quelles sont les conditions dans lesquelles elle prend naissance, ou dans lesquelles elle présente de grandes augmentations quand elle existe déjà depuis longtemps. Il ne s'agit pas ici d'une étude clinique sur l'évolution de la maladie, étude que nous tenterons dans le chapitre suivant, mais d'une recherche psychologique sur les conditions de son développement.

1. — *Influence des maladies.*

Il y a un premier groupe de circonstances causales sur lesquelles tout le monde est d'accord et qu'il suffit de signaler ici. Ce sont toutes les circonstances qui déterminent un affaiblissement de l'organisme. Les maladies infectieuses, la fièvre typhoïde surtout dans une vingtaine de mes observations, l'influenza, la

tuberculose, les fausses couches, les accouchements, les suites de couches, l'allaitement chez Kl..., Car..., Xa..., Vod..., Cht..., Lise..., etc., ont été l'occasion du début de la maladie ou de rechutes sérieuses après une période d'amélioration. En général l'abaissement de l'esprit se manifeste après l'accouchement, après les maladies dans la période de fatigue et de convalescence, il se manifeste beaucoup plus rarement pendant la grossesse et pendant les fièvres.

Toutes les circonstances qui déterminent d'ordinaire un engourdissement physique sont mauvaises pour ces malades. La période de la digestion leur est fatale. Wye... remarque qu'il a toujours perdu sa confiance à 2 heures et qu'il la reprend à 5 heures. La matinée pendant laquelle persiste un peu l'engourdissement du sommeil ramène toutes les manies et toutes les obsessions. Il n'y a rien que Dob... redoute autant qu'un demi-sommeil. « Ce serait la cause de terribles angoisses, je n'ose pas me laisser aller à l'assoupissement en voiture, en chemin de fer; dès que mon intelligence ne serait plus bien en éveil, je serais reprise d'angoisses. »

2. — *Influence de la fatigue.*

Il en est de même pour les surmenages physiques ou moraux qui semblent avoir déterminé des accidents chez Er... (174), Ce..., Nadia, Mm..., etc. Legrand de Saulle avait déjà insisté sur le rôle des troubles dyspeptiques, du travail intellectuel exagéré, d'une vie dissolue[1]. M. Tissié décrit très bien les phénomènes d'abaissement psychologique qui suivent chez les jeunes gens la fatigue exagérée : « Un exercice gymnastique trop violent, trop prolongé, trop attentif, une marche à pied trop longue, comme un devoir d'arithmétique, l'audition d'une musique trop bruyante produisent des actes impulsifs, des besoins de marcher, des éructations, des expressions ordurières, du mutisme, de la brutalité, de l'entêtement, des miaulements, des répétitions de mots, de l'inconscience morale[2]. » MM. Pitres et Régis insistent beaucoup sur cette influence de la fatigue, et nous aurons à reprendre cette question en traitant de l'évolution de la maladie.

1. Legrand du Saulle, *Agoraphobie*, p. 56.
2. Tissié, *Revue scientifique*, 1890, II, p. 643.

Cette influence de la fatigue physique et morale est très intéressante, il y a des malades chez qui on peut déterminer par la fatigue des rechutes nettes d'une manière presque expérimentale. Les obsessions de Za... deviennent plus violentes à la moindre fatigue. Claire revient d'une ville d'eaux où elle a passé l'été avec une grave rechute de son délire de scrupule parce que le traitement hydrothérapique excessif l'a fatiguée. Nadia a toujours une rechute après Noël parce qu'elle s'est fatiguée à la recherche de cadeaux. Gisèle fit une grave rechute après un grand dîner qu'elle avait organisé. Dob..., Len..., etc., sont obligées de renoncer à leur métier d'institutrice parce que les longues classes déterminent des accidents mentaux.

Chez Wo... et chez Xyb... on peut vérifier l'effet d'une petite fatigue mentale. La première addition, le premier compte de ménage se fait assez bien, mais elles sont fatiguées d'avoir fait un effort d'attention : si sans intervalle de repos on leur fait recommencer un nouveau compte, il y aura hésitation, doute et crise de scrupule, « le premier travail m'a comme ébranlée, déséquilibrée et je ne puis faire le second de manière à le terminer... ». « Il en est de même pour tout, il faut me laisser reposer après une décision, après un effort d'attention, sinon tout s'embrouille.

Les situations pénibles, mal définies, les périodes d'attente, avant un concours, avant la mort d'une personne, avant le mariage, avant une élection, sont très difficiles à supporter et sont signalées par une recrudescence des idées fixes. Un romancier russe Dostoiewski l'avait très bien observé : « si je fais arrêter ce monsieur avant le temps voulu, je me retire à moi-même les moyens ultérieurs d'établir sa culpabilité. Et comment cela ? Mais parce que je lui donne une *situation définie ;* en le mettant en prison, je le calme, je le fais entrer dans son assiette psychologique, désormais il m'échappe, il se replie sur lui-même, il comprend enfin qu'il est détenu[1]. »

Ces circonstances : l'affaiblissement physique, l'engourdissement, la fatigue physique et morale ont les mêmes caractères. On a souvent constaté leurs effets psychologiques, qui ont toujours été la diminution des perceptions, la réduction des synthèses mentales, l'abaissement de la volonté, en un mot la diminution de toutes les fonctions du réel. On peut les considérer comme

1. Dostoiewski, *Crime et châtiment*, II, p. 71.

de véritables abaissements du niveau mental et c'est précisément dans ces circonstances que les crises de manies, et d'angoisses et que toutes les obsessions prennent leur plus grand développement.

3. — *Influence des émotions.*

Le problème le plus intéressant nous est posé par le rôle pathogénique que jouent les émotions et surtout certaines émotions. Dans les cas les plus connus que nous aurons à étudier plus tard l'émotion semble déterminer la nature de l'obsession, mais ce ne sont pas, à mon avis, les cas les plus fréquents ni les plus intéressants.

Il y a des cas très nombreux où l'émotion qui semble le début de la maladie n'a aucun rapport avec les phobies ou les obsessions qui vont suivre. Lf..., comme on vient de le voir, est devenue malade parce qu'elle a ramassé son neveu tombé mourant d'un échafaudage. L'émotion était assez intense pour amener un trouble et le sujet semblait antérieurement bien portant, mais ce qui m'étonne c'est que la maladie consécutive est simplement l'agoraphobie qui semble avoir un rapport bien lointain avec la mort du neveu. Gat..., instituteur, change de poste sur sa demande : ce changement, la vue d'une école nouvelle l'impressionne ; il est atteint d'une obsession criminelle et il est poursuivi par le remords du meurtre d'un enfant. Chu... a des contrariétés de famille et se dispute avec une belle-sœur, la voici qui prend la phobie de la saleté et qui éprouve le besoin de se laver les mains dix fois de suite. J'ai peine à voir dans ces obsessions ou ces manies, et on en pourrait citer cent du même genre, la reproduction de l'émotion primitive.

Dans quelques cas l'origine de l'obsession se comprend assez bien ; mais on voit que son contenu ne dépend en aucune façon de l'émotion qui a cependant déterminé la maladie. L'obsession est la reproduction d'un événement ou d'une idée très antérieure qui, au moment de son apparition, n'avait déterminé aucun trouble, mais qui devient pathologique à l'occasion de l'émotion nouvelle. Les faits de ce genre m'ont toujours intéressé : j'en ai décrit de remarquables à propos des hystériques. En voici un que je rappelle parce qu'il est typique. Un homme âgé de 29 ans, mécanicien de locomotive, est blessé grièvement dans un tamponnement,

il a une plaie grave au ventre qui n'est guérie qu'au bout de six mois. Cependant il ne conserve aucun accident névropathique, il ne reste pas impressionnable et il reprend son service sans aucune difficulté. Onze ans après, à l'âge de 40 ans, il a une grave émotion : il se réveille le matin près du cadavre de sa femme morte subitement pendant la nuit. Eh bien, à la suite de ce bouleversement il commence des crises d'hystérie, dans lesquelles il voit une locomotive se précipiter sur lui, dans laquelle il a du météorisme abdominal avec uen énorme hyperesthésie de son ancienne cicatrice indolente pendant onze ans.

On observe des faits tout à fait semblables chez les psychasthéniques. Fé... femme de 49 ans, a éprouvé une vive contrariété : la fille de son mari, qu'elle avait élevée comme son enfant, s'est fait enlever par un amant et n'a plus voulu rentrer chez ses parents. Fé... éprouve de l'ennui à ce sujet, mais ne devient aucunement obsédée et reprend régulièrement le cours de sa vie. Huit mois après elle doit subir une opération chirurgicale grave, l'hystérectomie totale. Cette opération lui a causé de grandes angoisses et de grandes fatigues. A la suite de cette opération la voici obsédée par la pensée de la fugue de sa belle-fille : « Cette fille s'en est allée de ma maison, tout le monde le sait, c'est honteux pour moi. C'est moi qui suis coupable... etc. » et la voici qui a des angoisses à la pensée de rentrer chez elle. Lep.... femme de 39 ans, perd un fils de 18 ans, elle paraît s'en consoler. et reste parfaitement raisonnable. Dix mois après elle fait une chute de voiture et en est très émotionnée. Elle reste troublée, se plaint de ne plus voir les choses de la même façon et se tourmente à propos de la mort de son fils : « si j'avais cherché un autre médecin, si je l'avais envoyé à la campagne, il vivrait encore, c'est moi qui suis coupable, je devrais me tuer, etc. » Jui..., homme de 38 ans a été léché par un chien dans la rue quand il avait l'âge de 25 ans, il en a été ennuyé, car il était déjà peureux, mais il a bien compris que ce n'était rien. A 30 ans il se marie et cet événement détermine bien des émotions ; c'est à ce moment et à ce moment seulement qu'il s'inquiète sérieusement à propos de ce chien qui l'a léché il y a cinq ans, et qu'il est pris d'une phobie de la rage. Il guérit au bout de quelques mois. A 33 ans il perd un enfant et ce chagrin ramène de nouveau la phobie de la rage, depuis il a eu nombre de crises de cette même phobie toujours à propos d'émotions quel-

conques n'ayant aucun rapport avec le chien. « C'est désolant, je ne puis avoir la plus petite émotion, même pas le dépit de rater un omnibus, sans que cela me donne l'idée du chien enragé. » J'avoue que dans ces cas j'ai de la peine à comprendre comment on peut rattacher directement la phobie à l'émotion, et comment on peut expliquer le rôle de l'émotion.

Enfin un dernier groupe me semble plus embarrassant encore, c'est le groupe des cas très nombreux où l'émotion détermine un trouble qui n'est pas du tout l'obsession ou la phobie, mais qui est simplement une insuffisance psychologique. Dans le cas le plus simple et qui se rapproche le plus des précédents, l'émotion crée simplement l'émotivité. Des personnes qui n'étaient pas impressionnables ou qui l'étaient modérément sont transformées après un accident qui les a révolutionnées. Dorénavant elles éprouvent des émotions violentes pour la moindre des choses, elles ont des perturbations physiologiques remarquables avec troubles cardiaques et respiratoires, avec de grandes angoisses pour des faits insignifiants qui les auraient certainement laissées froides auparavant. Morel, Freud, Pitres et Régis ont très bien décrit des cas de ce genre sous le nom d'anxiété diffuse ou de panophobie, « chaque événement, chaque incident de la vie devenait ainsi matière à décharge pour son angoisse momentanément spécialisée par le hasard[1]. »

J'ai observé un grand nombre de cas de ce genre que j'ai déjà cités et que je rappelle brièvement. Cs... (41) a accouché à l'âge de 31 ans, elle se porte bien et se remet de sa fatigue, quand trois jours après l'accouchement la garde effrayée d'une grimace de l'enfant laisse échapper une exclamation des plus sottes : « oh, Madame, s'écrie-t-elle, le bébé a des convulsions, je crois qu'il va mourir. ». L'enfant n'avait absolument rien, mais la mère reste bouleversée, se plaignant de beaucoup souffrir dans la tête et dans les épaules, gémissant et pleurant sans pouvoir s'arrêter. Depuis ce moment, son caractère est complètement changé : elle était autrefois vive, mais suffisamment calme pour avoir dirigé une maison de commerce avec succès, pour avoir surmonté bien des difficultés. Maintenant elle a à propos de tous les faits les plus insignifiants des émotions épouvantables qui lui font perdre la tête. Si un de

1. Pitres et Régis, *op. cit.*, p. 19, 79.

ses enfants tousse, si elle-même se mouche, si elle voit une bouteille de pharmacie, si elle lit dans le journal le nom d'une maladie, la voici affolée, souffrant d'horribles angoisses, errant au hasard dans la maison pour chercher quelqu'un qui la rassure. Il lui devient impossible de s'occuper du commerce, elle ne peut même plus voir sur son chemin une boutique sans penser à la ruine et sans se bouleverser ; elle a des crises de désespoir qui durent plus de 12 heures parce qu'une de ses petites filles a fait une tache à sa robe, ou parce qu'une domestique lui annonce qu'elle va se marier. Ku... est un cas presque identique : j'ai étudié dans un chapitre précédent ses singulières angoisses avec trémulations de la paroi abdominale. Ces angoisses se reproduisent à propos de tout et elles ont débuté à la suite d'une singulière aventure. Un jeune homme qui habitait dans la même maison que Ku... a été arrêté parce qu'il se livrait à des manifestations inconvenantes à la fenêtre. Pour se disculper il fait appel au témoignage de cette dame et se fait conduire chez elle par un agent de police afin qu'elle certifie de sa conduite exemplaire. La pauvre femme se croit accusée avec lui, se voit impliquée dans un procès scandaleux et perd complètement la tête. C'est à partir de ce moment qu'elle devient une panophobique.

Si on y réfléchit, il n'est pas facile de comprendre comment une émotion rend émotif. Il ne suffit pas de dire que l'émotion primitive se répète, il faudrait expliquer pourquoi elle se reproduit ainsi sans raison, ce qui ne serait pas aisé. Mais cela même n'est pas exact, car ce n'est pas l'émotion primitive qui se répète. Les choses ne se passent pas du tout comme dans les crises d'hystérie qui reproduisent automatiquement une émotion comme par suggestion. L'émotion primitive est parfaitement oubliée et Cs..., qui est devenue très égoïste, ne s'occupe plus du tout de ses enfants. Ce sont d'autres émotions qui se développent à propos d'incidents tout différents et c'est une aptitude particulière à reproduire avec trop de facilité ces phénomènes qui s'est formée dans le sujet et je trouve remarquable que cette aptitude se soit formée si rapidement à la suite d'une première émotion.

Mais l'émotion ne produit pas uniquement l'émotivité, il est quelquefois bien plus curieux de la voir produire l'indifférence, de la voir amener la suppression des émotions normales. Je rappelle l'histoire d'Al... Elle fait un mariage absurde et se trouve mariée à un inverti sexuel qui ne veut pas de sa femme et qui

poursuit son beau-frère, scènes et procès invraisemblables. A la suite Al... entre dans un état fort curieux d'indifférence et de froideur et se sent incapable d'éprouver aucun sentiment de plaisir ou de douleur. Cet état a été décrit à propos des insuffisances psychologiques, je remarque seulement ici qu'il a été le résultat de violentes émotions.

L'émotion peut faire naître de même tous les phénomènes de l'aboulie ; je ne parle pas d'une aboulie immédiatement en rapport avec les phénomènes émotifs et que l'on pourrait rattacher à l'inhibition ; mais d'une aboulie qui persiste sans que l'émotion se renouvelle. Al... dans l'observation précédente est énormément aboulique en même temps que tout à fait incapable d'émotion. Cas..., femme de 52 ans qui a vu son fils tomber à l'eau, se sent la tête gênée, ne peut plus faire aucune action ni suivre aucune idée, en même temps elle a cessé « d'être impressionnable, elle ne sent plus les joies, ni les peines, elle est indifférente à tout ».

Enfin c'est l'émotion qui est la source principale de ces états d'inquiétude, de doute et de tous ces sentiments d'insuffisance dont j'ai déjà rapporté tant d'exemples. C'est à la suite d'un chagrin d'amour que Tr... devient aboulique et commence à ressentir les doutes et les hésitations qui la caractérisent ; c'est à la suite d'une confession que Claire se sent inquiète qu'elle sent « l'espoir et la confiance s'en aller comme une lumière qui s'éloigne ». Nem... est frappé par l'aspect effrayant d'un mendiant qui s'adresse à elle, elle reste impressionnée et depuis elle ne retrouve plus la perception normale, elle trouve à tous les objets et surtout aux personnes un aspect drôle, étrange. To... est bouleversée par une déclaration obscène que lui fait un petit employé et depuis elle doute de toutes les choses présentes, qui lui semblent avoir perdu leur réalité.

Le sentiment de dépersonnalisation si remarquable de Ver... et de Bei.., a commencé chez tous les deux brusquement à la suite d'une émotion. Ver... a été menacé par son patron qui tenait à la main un instrument de fer et Bei a lu dans un journal une histoire d'amour amenant des malheurs, des suicides et qui lui semblait identique à ses propres aventures. Quand chez ces deux malades le sentiment pathologique diminue, c'est une nouvelle émotion qui le fait réapparaître. « Ça m'a fait un effet dans la tête et après ça me fait comme si ce n'était pas moi [1]. » On pour-

1. *Névroses et Idées fixes*, 1898, II, p. 62.

rait facilement accumuler des exemples de tous les sentiments d'insuffisance psychologique ayant une semblable origine. Ces faits se rattachent encore moins que les précédents à l'explication simple de l'émotion donnée dans les théories que nous avons discutées.

Toutes ces difficultés proviennent, à mon avis, de ce que l'on a beaucoup trop simplifié le concept de l'émotion. L'émotion s'accompagne sans doute dans bien des cas de modifications viscérales et la conscience en retour de ces modifications doit jouer un certain rôle dans la conscience de l'émotion elle-même. C'est peut-être ainsi que se caractérisent certaines variétés d'émotions qui se distinguent les unes des autres par la conscience de ces différentes harmoniques viscérales. Mais il n'est pas possible de soutenir que les phénomènes si complexes désignés sous le nom d'émotions ne contiennent pas autre chose que ces concomitantes organiques. Je crois que l'on trouvera dans l'analyse de l'émotion un très grand nombre de phénomènes proprement cérébraux et psychologiques qu'il faudra successivement ajouter à ce concept trop étroit de l'émotion organique.

Pour le moment je ne voudrais ajouter à la notion de l'émotion qu'un seul détail c'est qu'elle est très souvent l'occasion et le sentiment des grandes oscillations du niveau mental. Dans mes précédents travaux, j'ai déjà insisté à plusieurs reprises sur ce point: » L'émotion, disais-je autrefois, a une action dissolvante sur l'esprit, diminue sa synthèse et le rend pour un moment misérable[1]. » « Les émotions surtout les émotions déprimantes comme la peur, désorganisent les synthèses mentales; si on peut ainsi dire, leur action est analytique par opposition à celle de la volonté, de l'attention, de la perception qui sont synthétiques. Une résolution qui était prise est perdue à la suite de l'émotion.... Chez les hystériques, vous pouvez en excitant son attention forcer un malade anesthésique à reprendre sa sensibilité, un paralytique à reprendre la possession des images kinesthésiques et le mouvement volontaire, vous les amenez ainsi à rattacher à leur personnalité certaines sensations et certaines images, ce sont des synthèses mentales. La moindre émotion va détruire tout ce travail et dissocier de nouveau de la personnalité ces sensations et ces images... Mais jamais ce pouvoir de dissociation qui appartient à l'émotion ne se mani-

1. *Automatisme psychologique*, 1889, p. 457.

feste plus nettement que dans son action sur la mémoire... Cette dissociation peut s'exercer sur les souvenirs au fur et à mesure de leur production et constituer l'amnésie continue, elle peut aussi s'exercer tout d'un coup sur un groupe de souvenirs déjà constitué, déjà rattaché à la personnalité. Le plus souvent ces souvenirs dissociés par l'émotion seront simplement les plus récents et l'amnésie déterminée par l'émotion prendra la forme bien connue de l'amnésie rétrogarde [1] ». « On constate des faits semblables à propos des traitements par suggestion et par direction morale, une émotion supprime tout le travail de restauration qui a été accompli pendant la séance, fait réapparaître les anesthésies, les paralysies, les idées fixes. Le travail du directeur pendant les séances précédentes a été à un travail de synthèse : il a organisé des résolutions, des croyances, des émotions, il a aidé le sujet à rattacher à sa personnalité des sensations et des images. Bien plus, il a échafaudé tout ce système de pensées autour d'un centre spécial qui est le plus souvent son nom et l'image de sa personne. Le sujet a emporté dans son esprit et dans son cerveau une synthèse nouvelle, passablement artificielle et très fragile, sur laquelle l'émotion a facilement exercé sa puissance désorganisatrice [2]. »

Cette description convenait surtout aux hystériques, elle doit être élargie pour pouvoir s'appliquer à nos malades psychasthéniques. Un des phénomènes de l'émotion, dirons-nous maintenant, c'est de s'accompagner d'un abaissement marqué du niveau mental, en entendant le niveau et la hiérarchie mentale dans le sens que nous l'avons précédemment défini. Elle ne produit pas seulement la perte de la synthèse et la réduction à l'automatisme qui est si visible chez l'hystérique, elle supprime graduellement suivant sa force les phénomènes supérieurs et abaisse la tension au seul niveau des phénomènes dits inférieurs.

C'est pourquoi, dans cette hypothèse, tous les faits précédents me paraissent s'expliquer facilement. Dans l'émotion nous voyons disparaître la synthèse mentale, l'attention, la volonté, l'acquisition des souvenirs nouveaux ; en même temps nous voyons diminuer ou disparaître toutes les fonctions du réel, le sentiment et le plaisir du réel, la confiance, la certitude. A la place nous voyons subsister les mouvements automatiques, les rumi-

1. *Névroses et Idées fixes*, 1898, I, p. 144.
2. *Id.*, I, p. 475.

nations et surtout les manifestations viscérales élémentaires que l'on considère beaucoup trop comme la cause de l'émotion et qui n'en sont qu'une conséquence.

Bien des malades dans leur analyse psychologique si curieuse se rendent bien compte de ce rôle des émotions. Quand Jean parle d'une violente émotion qu'il a eue lors de sa dernière masturbation, quand il a pensé en mourir, il a des termes saisissants : « Non, vous ne pouvez pas comprendre le nuage, le rideau noir, l'empreinte lugubre qui m'est restée de ce moment-là, l'émotion a eu sur moi un effet *dégradant.* » « Je ne sais comment faire, dit Claire, pour m'empêcher de tomber comme une loque à la moindre émotion, mon corps et mon esprit m'abandonnent à la moindre contrariété. » Ce sentiment de déchéance si notable dans toute la maladie prend bien souvent une origine dans une émotion déprimante.

Les physiologistes essayent d'expliquer le fait de diverses manières. M. Marro compare ingénieusement les effets de ces émotions à ceux du froid. « Nous retrouvons, dit-il, dans ces émotions, la contraction des vaisseaux capillaires périphériques, la sensation de froid, de chair de poule, le tremblement, les contractions de la vessie [1]. » Il serait aussi juste de comparer ces effets de l'émotion à ceux de la fatigue, de l'épuisement rapide et difficilement réparable du système nerveux. Ces faits, en effet, se rapprochent de ceux que j'ai signalés au début de ce paragraphe, quand j'ai montré que la fatigue, l'engourdissement, tout affaiblissement maladif amenait les mêmes abaissements du niveau mental et favorisait de la même façon le développement des phobies et des obsessions.

7. — *Oscillations du niveau mental. — Influences qui déterminent l'élévation.*

Nous n'avons étudié jusqu'ici que les abaissements de l'esprit, les oscillations descendantes du niveau mental, on peut se demander s'il n'en existe pas d'autres et si les mêmes sujets ne sont pas susceptibles de présenter certaines ascensions men-

1. Marro, *La puberté*, p. 424.

tales. L'étude de ces modifications en sens inverse et de leurs résultats me paraît être la meilleure vérification des études précédentes.

1. — *Les ascensions du niveau mental.*

Les malades présentent en effet assez souvent des améliorations remarquables non seulement au moment de la guérison, mais encore au cours de la maladie. Il est rare que la guérison se fasse d'une manière continue et graduelle ; presque toujours sous l'influence du traitement, ou sous l'influence de diverses circonstances, les malades changent brusquement, se transforment pendant quelques heures ou quelques jours, puis retombent dans leur état habituel. Ce sont ces périodes que j'ai déjà eu l'occasion d'appeler des *instants clairs*[1].

Ces périodes, par exemple, sont très nettes chez Lise, et il est très intéressant de remarquer ce qui les caractérise. La malade est à ce moment en partie débarrassée de ses obsessions, elle n'arrive jamais à s'en débarrasser complètement. Les idées qui constituaient sa rumination lui semblent s'éloigner, quoiqu'elle les sente toujours tout près d'elle et prêtes à réapparaître au premier appel, mais en somme l'esprit est beaucoup plus calme et cesse les serments, les pactes, les discussions perpétuelles qui le remplissaient précédemment. En même temps je remarque chez la malade tout un ensemble d'autres changements.

Lise a sur elle-même des sentiments différents : elle se sent moins partagée, moins divisée « enfin, dit-elle, je suis plus unifiée, plus moi-même » comme elle se rend mieux compte d'elle-même elle apprécie mieux ses sensations, elle n'a plus cette engourdissement, cette diminution de la sensation de la douleur que nous avions observé sur elle et elle se plaint maintenant d'une sensation de fatigue « à laquelle elle ne faisait pas attention auparavant ». Cette sensibilité ou plutôt cette faculté de donner plus d'attention aux sensations et aux perceptions présentes se développe aussi dans le domaine moral, et la malade paraît changer de caractère. Elle devient plus susceptible, plus impressionnable et supporte moins facilement une foule d'ennuis de sa situation, qu'elle ne remarquait même pas auparavant. L'activité également a augmenté, ses parents

1. *Revue philosophique*, 1891, et *Névroses et Idées fixes*, 1898, I, p. 49.

sont étonnés de la trouver plus en train, plus vivante, moins terne, et en effet la voici qui peut travailler, s'occuper de l'éducation de ses enfants, lire et s'intéresser à sa lecture, etc. Enfin je note que le sommeil est devenu plus profond et plus calme ; quelquefois elle se réveille en sursaut étonnée de ne plus dormir à sa façon ordinaire et de se laisser aller au sommeil profond sans rien ruminer. Le sommeil hypnotique même et la suggestion semblent avoir augmenté d'une façon sensible.

Les mêmes observations peuvent être faites sur Claire. Il y a des moments où elle n'est plus au fond de son précipice et ne se croit plus une personne aussi indigne : « je reconnais, m'écrit-elle, que depuis trois mois j'ai été moins tourmentée, que vous avez secoué mon engourdissement et que je suis remontée. » Elle ne nie plus le bien qu'elle peut faire, elle a un sentiment « d'être meilleure, de revenir dans la bonne route, de traverser un mur qui la gênait. » La confiance en Dieu et la foi dans la religion reviennent. Il est très intéressant de remarquer à ce propos que la croyance revient sans que le sujet ait rien lu, rien entendu de nouveau sur la religion. De même que la foi est partie sans qu'il y ait eu de discussion, de même elle revient sans qu'il y ait eu de démonstration, tellement les raisons proprement intellectuelles sont pour peu de chose dans ces croyances.

Claire signale en même temps d'autres changements : les idées sont moins vagues, plus précises, moins compliquées, les souvenirs sont plus nets, « j'ai été vraiment mieux, dit-elle, extérieurement comme au dedans, j'étais plus gaie, plus active, c'est que j'avais passé plusieurs personnes, j'avais traversé une mauvaise personne qui me faisait peur, j'avais beaucoup moins de personnes en moi, mes idées s'enchaînaient mieux, j'avais presque l'unité de l'esprit. Je me suis intéressée davantage à ce qui se passait autour de moi, tout me paraissait plus réel et plus facile, oui j'étais tout près de la réalité et aussi de la religion, il me semblait que j'étais plus près des choses, je les reconnaissais mieux quoique je ne les avais pas vues depuis longtemps, mon sommeil même était plus réel et mes rêves plus nets, car j'en avais moins à la fois ».

Ces deux exemples suffisent, car les autres seraient analogues, pour nous montrer que dans ces instants clairs tous les symptômes se modifient dans le même sens. Les obsessions s'éloignent, les ruminations et les phobies diminuent ; mais, en même temps, les sentiments d'incomplétude disparaissent et l'on assiste à une

restauration des phénomènes psychologiques supérieurs, de la volonté, de l'attention, des fonctions du réel. La transformation atteint même les fonctions physiologiques, les digestions sont meilleures : « quand j'ai de l'excitation cérébrale, dit Gisèle, quand je sens du plaisir et de l'unité dans mon esprit, je digère bien, il me faut une petite fièvre d'enthousiasme pour m'aider à digérer. » Bien mieux, des malades qui ont d'ordinaire beaucoup de pertes blanches, voient se tarir ces sécrétions vaginales pendant les périodes d'ascension morale. En un mot, la plupart des symptômes neurasthéniques qui ont été énumérés se modifient favorablement en même temps que l'esprit lui-même.

Il en résulte que ces ascensions nous posent un problème comme les abaissements. De ces différents phénomènes qui se modifient ensemble, lequel faut-il considérer comme primitif? Quel est le phénomène qui se restaure le premier et qui par sa restauration amène la modification constatée dans tous les autres? Pour le savoir il faut chercher quelles sont les conditions qui déterminent ces améliorations même passagères et sur quel phénomène elles ont agi primitivement.

Je ne crois guère que cette modification commence par les obsessions proprement dites. Il semble bien difficile d'agir directement sur ces idées qui obsèdent les malades. Une des choses qui surprend le plus, quand on examine des obsédés, c'est l'impuissance du raisonnement. On veut tout d'abord démontrer au malade l'absurdité de l'idée qui le tourmente et on essaye de le convaincre qu'il est inutile de s'en préoccuper. Claire prétend en gémissant qu'elle serait guérie si elle croyait à l'existence de Dieu et Lise promet de retrouver la tranquillité si elle sait que le diable n'existe pas : on se laisse entraîner à éprouver la force des arguments philosophiques. Hélas, leur résultat est bien médiocre ; les malades font semblant d'écouter, ils discutent quelquefois et avec finesse, mais on peut continuer la conversation pendant des heures sans modifier en rien leur état d'esprit. Quand on les voit s'améliorer, la logique n'y a été pour rien ; Claire retrouve la foi en Dieu, sans avoir trouvé aucun argument nouveau et Lise renonce à se préoccuper du démon sans avoir mieux compris les arguments contre le dualisme. Leur amélioration a son origine dans un phénomène plus profond que les idées de la raison.

Quelquefois, surtout au début, ces améliorations surviennent sans raison bien apparente. Claire, au début de sa maladie, vers l'âge de 18 ans, avait des oscillations de ce genre. « La lumière cessait tout d'un coup de s'éloigner, elle se rapprochait, je ne sais pas pourquoi, alors je me trouvais ridicule, je savais bien que je n'avais pas mal fait, je cessais de me tourmenter. Il me semblait que je remontais, c'était un sentiment de confiance en Dieu, d'espoir qui me revenait. Cependant je ne suis jamais revenue que deux fois à la lumière complète, ce souvenir-là m'a soutenue longtemps, il me montrait le chemin à suivre. Plus tard je ne suis jamais revenue aussi complètement. » Chez Bei... aussi, les doutes sur sa personnalité disparaissaient par moments d'une manière complète, sans qu'elle pût savoir pourquoi ; il est probable que dans ces cas une des causes que nous allons voir à l'œuvre agissait à l'insu des sujets et qu'au début du mal il suffisait d'une action minime.

2. — *Les substances excitantes.*

Les premières causes que nous voyons agir efficacement sont des causes physiques que les malades savent d'ordinaire très bien découvrir tout seuls, ce sont les poisons excitants.

On a remarqué depuis longtemps que les éreutophobes prennent de l'alcool avant de se rendre auprès d'une personne à qui ils ne veulent pas montrer leur rougeur[1]. On explique d'ordinaire ce besoin en disant avec eux que l'alcool les fait déjà rougir et qu'ils n'ont plus peur de rougir davantage. Je ne puis croire à cette explication que me donne aussi un malade Mk...; des agoraphobes comme Oz... usent du même procédé et n'ont pas peur de rougir. L'excitation cérébrale causée par l'alcool joue ici un rôle bien plus important que la pensée de la rougeur. En réalité, le point de départ de la dipsomanie est le souvenir, le sentiment du bien-être déterminé par l'alcool chez des malades qui ont senti auparavant une « horrible impression d'abaissement mental. »

D'autres, malheureusement très nombreux, ont recours à l'éther et à la morphine. Une de mes malades avait la déplorable habitude de respirer de l'éther en se cachant la tête sous ses couvertures pour ne rien perdre, elle a réussi à s'asphyxier. Il

1. Bechterew, *Neurol. Centralbl.*, XVI, 1897.

n'est que trop vrai que la morphine soulage momentanément ces malades. Mb... s'en est bien trouvée pendant plusieurs mois ; Qsa... continue sa digestion tranquillement et arrête sa crise des efforts de vomissements après une piqûre d'un centigramme de morphine. Bien entendu ces malades finissent par ajouter la morphinomanie à leurs autres misères. Quelques-uns se bornent à une excitation moins dangereuse, celle de l'alimentation. Ppi..., agoraphobe et timide, a toujours dans sa poche un fort morceau de pain et de jambon, dont l'ingestion faite à propos lui donnera l'assurance nécessaire.

D'autres procédés physiques seront également utiles, Bei..., Wye... retrouvent leur personnalité pour un moment quand elles prennent une douche froide. « De l'eau bien froide sur la tête, dit Jean, et pour un moment l'on saisit le monde extérieur un peu plus fortement ». Il en est ainsi chez beaucoup de malades pour un temps malheureusement court. Pour quelques-uns il suffit « d'une belle matinée ou d'un beau temps » pour dissiper les gênes et les obsessions « que le soleil me rie et me voilà honnête homme ». On verra dans l'étude de l'évolution l'influence remarquable de certains états comme la grossesse et la fièvre : ce sont toujours des excitations qui déterminent ces instants clairs.

3. — *Influence du changement.*

Si nous passons maintenant au point de vue moral, nous devons signaler le bon effet des changements : Claire va mieux quand elle rentre chez elle après une absence. « J'ai été mieux en arrivant, plus heureuse, plus gaie, et moins tourmentée, comme la dernière fois, je voyais les choses plus nettement, tout me semblait plus facile, moins compliqué. Je me suis moins aperçue de l'engourdissement que j'ai d'ordinaire ; il était un peu passé, j'ai été certainement plus active, plus énergique. Je le suis encore, mais cela diminue et il m'arrive de nouveau de rêver, je n'ai été bien que quelque jours. Ce qui m'ennuie c'est que j'ai de nouveau des images (ses pseudo-hallucinations sacrilèges). Elles s'étaient calmées au commencement, à mon retour ; elles reviennent maintenant davantage... » Lise fait les mêmes remarques : « je suis mieux pendant quelques jours quand je retourne à la campagne ; quand je change de séjour, cela me fait remonter de voir

des endroits ou des personnes que je n'ai pas vus depuis longtemps. » On peut répéter cette observation sur Vi... et sur la plupart des malades : « il me faut, dit Gisèle, l'inédit, le sortant de l'ordinaire pour respirer un peu. »

Indépendamment du changement certains milieux sont plus favorables aux malades. Je croyais à une opinion individuelle peu justifiée, quand Jean me répétait qu'il avait besoin de vivre à Paris et qu'il était beaucoup plus malade et malheureux en province et surtout à la campagne. Cette opinion me paraissait bizarre dans la bouche d'un individu phobique qui a peur des femmes, peur de la foule, peur des voitures. Mais j'ai remarqué que la même affirmation m'a été faite d'une manière tout à fait indépendante par Za..., par On..., par Lise et par plusieurs autres et j'observe qu'ils ont raison. Paris leur donne, il est vrai, plus d'occasion de phobies et, si leur maladie n'était que de l'émotivité, ils devraient le fuir. Mais Paris leur donne en même temps des occupations, des distractions, en un mot des excitations. « Cela me fouette, me fait vivre, me fait marcher plus vite. » Et comme leur émotivité est, si je ne me trompe, la conséquence de leur engourdissement, ils sont, quoique ce soit paradoxal, moins émotifs à Paris. Jean a plus peur des femmes dans sa campagne isolée que sur les boulevards.

4. — *Influence du mouvement et de l'effort.*

En dehors des circonstances extérieures il y a évidemment des actions, des modifications morales du sujet qui ont une influence favorable, par exemple le mouvement, l'agitation physique est plutôt une bonne chose. Lise remarque très bien que le mouvement diminue ses idées et que l'immobilité est dangereuse. Il est vrai que le mouvement lui devient de plus en plus pénible, quand les idées l'envahissent et dans les crises graves de rumination elle est réduite à une immobilité complète ; mais elle peut arrêter une crise si elle se lève, si elle sort assez à temps. Aussi ne faut-il pas dire que les crises d'efforts de Claire soient complètement maladives : actuellement ces agitations sont devenues tout à fait absurdes et sont le résultat d'une manie, mais au début la malade sentait une amélioration après ces séances de contorsions « je me voyais mieux, je me rendais mieux compte

de mon engourdissement, c'était bon signe ». Après des séances véritablement convulsives qu'on peut exciter chez elle, en dirigeant ses efforts elle est comme transformée, elle sort et elle agit le reste de la journée sans hésitation. Il en est de même chez les malades atteints de *dromomanie* ou de *ludomanie* et qui sont poussés à marcher indéfiniment ou à abuser d'un sport quelconque. Comme je l'ai montré, ces exercices ont été des remèdes pour leur dépression et ces malades se sentaient remontés après avoir marché ou canoté et c'est précisément à cause du bien-être qu'ils déterminaient, que ces marches et ces sports sont devenus l'objet d'un désir passionné comme l'alcool ou la morphine[1].

Il en résulte que les malades réclament eux-mêmes certains genres de traitement bizarre. Quand j'avais essayé d'hypnotiser Lise, je lui avais suggéré des contractures, pour vérifier son état. J'ai remarqué bien souvent que les contractures présentées par elle n'avaient rien de réel et ne ressemblaient pas aux contractures hystériques provoquées dans les mêmes conditions : le sujet restait toujours maître de défaire ses contratures quand il le voulait et en somme il ne maintenait la position du bras ou de la jambe que par bonne volonté, par désir d'obéir et de faire réussir un traitement. J'étais donc disposé à considérer ces contractures comme insignifiantes, je fus surpris de voir que la malade les réclamait et disait s'en trouver fort bien : il lui fallait des contractures de plus en plus fortes, de plus en plus générales. En somme, comme je suis convaincu qu'il n'y avait là presque rien de suggestif, c'était elle qui par des efforts volontaires, inouïs, se raidissait tout le corps dans des positions bizarres. Elle était couverte de sueur et visiblement fatiguée de maintenir ainsi des attitudes pénibles : après de pareils travaux qui n'avaient pourtant aucun rapport à ses scrupules, elle se sentait beaucoup mieux, l'esprit plus unifié, elle avait une meilleure notion de sa personnalité et avait la tête beaucoup moins encombrée. Elle conserve le sentiment que ses spasmes ne vont jamais jusqu'au bout, ce qui est vrai d'ailleurs, mais que l'effort pour les former relève et transforme son esprit. On peut répéter l'observation sur Claire, et on obtient les mêmes résultats.

1. On the pathogenesis of some impulsions. Journal of abnormal psychology de Morton Prince, 1906, p. 1.

5. — *Influence de l'attention.*

On peut faire les mêmes remarques à propos de l'attention qui demande des efforts du même genre : Gisèle dit très bien qu'elle a besoin de s'intéresser à quelque chose qui excite sa curiosité par le mystère et qu'elle va bien mieux quand elle fait des efforts d'attention. Une idée pénible qui la force à penser modifie non seulement ses scrupules mais aussi son estomac et l'aide à digérer. Pot... me disait aussi que si une chose attire suffisamment son attention elle reprend le sentiment de la réalité comme autrefois et Claire parvient à se retrouver par l'attention. Elle fixe fortement son esprit sur une idée ou un sentiment et se fatigue la tête pour retrouver cette idée ou ce sentiment tels qu'ils étaient autrefois. Elle essaye de me parler, d'arriver à le faire avec précision, elle travaille à prier en se donnant tout entière à ce qu'elle fait. « Je rassemble toutes mes forces pour trouver un passage dans mon esprit, pour arriver à un instant clair, pour saisir une idée et quand je suis arrivée à dire quelques mots en les pensant moi-même comme autrefois, je retrouve l'espoir, la confiance et je sais très bien que tous mes efforts sont ridicules. Seulement cette attention est de plus en plus difficile, j'ai eu besoin de faire en même temps des efforts physiques et j'ai fini par répéter mes contorsions pendant des heures sans travailler réellement, alors elles ne servent à rien. »

Ce travail pour éclaircir les idées existe chez Lise et quelquefois il n'est pas mauvais, il ne se confond pas avec une manie de recherche ou une rumination stérile ; elle a travaillé pendant quatre jours pour éclaircir une idée et elle a eu ensuite l'esprit beaucoup plus clair. On retrouve ces efforts chez Nadia, quand on l'a forcée à faire une visite à son père, quand elle a réussi à écouter la conversation, à se surveiller : elle reste ensuite infiniment mieux. On les retrouve aussi de la même manière chez Tr... et Vy..., etc.

Bien entendu j'ai cherché à tirer parti de ce fait au point de vue thérapeutique et au point de vue expérimental, j'ai essayé de forcer ces malades à fixer leur attention sur divers points. Ce n'est pas facile, car nous avons déjà remarqué la difficulté, la mobilité de leur attention. Lise ne comprend rien aux raisonnements philosophiques sur les sujets qui touchent à son idée fixe, mais

on peut fixer son attention sur d'autres points. Une difficulté curieuse que l'on rencontre chez elle, c'est qu'elle est très habituée à suivre plusieurs idées à la fois et à ne donner qu'une petite partie de son attention ; quand on réussit à la fixer tout entière pendant quelque temps elle est transformée. « C'est un manque de vie, que j'ai dans la tête et quand je suis parvenue à la secouer un peu je n'ai plus ce besoin bizarre de m'analyser, de me surveille. » Nadia, Lkb..., etc., m'ont présenté les mêmes heureux résultats de ces fixations de l'attention. Chose plus curieuse, Ver... et Bei..., qui ont toujours perdu leur personnalité, la retrouvent quand je les force à faire une extrême attention aux sensations qu'ils éprouvent. Ver... est tout étonné de constater que ses mains sont bien ses propres mains. « Je suis changé pour quelques heures en vous quittant et puis cela retombe. »

Cette remarque soulève une difficulté assez grave : dans un chapitre précédent nous avons constaté que beaucoup de ces malades présentaient le maximum de leurs troubles au moment de l'attention et qu'ils semblaient beaucoup mieux pendant les états de distraction. M. Bernard-Leroy a remarqué l'opposition de ces deux faits et m'a déjà reproché cette contradiction [1], je répondrai d'abord que la contradiction appartient aux malades et non à moi et que je me borne à constater des faits que notre ignorance fait paraître contradictoires. Je crois ensuite que ces faits peuvent se comprendre.

Dans le premier cas, il y a chez ces malades insuffisance d'attention, les phénomènes psychologiques supérieurs s'accomplissent insuffisamment, il en résulte que le trouble se produit surtout quand ils essayent d'exercer ces fonctions qui sont insuffisantes et que le trouble n'apparaît pas quand ils se bornent aux fonctions inférieures qui ne sont pas lésées.

Dans le second cas, on pousse le sujet à rétablir momentanément son attention, à augmenter sa tension mentale. Si on y réussit, il est tout naturel que l'on ne retrouve plus les mêmes troubles apportés par une attention défaillante. En un mot, il n'y a pas de contradiction parce que dans le premier cas on étudiait l'attention malade, et que dans le second on examine l'attention momentanément guérie.

1. Bernard-Leroy, L'illusion de dépersonnalisation. *Comptes rendus du IVe Congrès de Psychologie de* 1900.

Quoi qu'il en soit il résulte des faits précédents que les malades n'arrivent à un état meilleur, ne sont débarrassés de leurs sentiments anormaux et de leurs obsessions qu'en se maintenant par des efforts de volonté et d'attention quelquefois très considérables. « Je suis bien, dit Gisèle, dans l'excitation et je suis mal dans la détente et il faut que je m'excite tout le temps. Il faut que je cherche des travaux difficiles pour me tenir en haleine, que je sois dans un effort perpétuel. » On devine la conséquence, c'est qu'une guérison pareille est horriblement fatigante et que les malades vous répètent : « rien n'est si pénible que de se maintenir ainsi perpétuellement tendu. » Claire dit qu'elle parvient à remonter mais que l'ascension est trop pénible et qu'elle n'a plus le courage de recommencer.

La plus curieuse à ce point de vue est Lise qui fait des efforts inouïs pour ne pas retomber dans le délire. Elle me répétait toujours un mot que je comprenais très mal au début de ces études: « mais cela me fatigue horriblement d'aller bien, je n'y puis plus tenir ». En fait, elle maigrit visiblement et paraît épuisée dans ces périodes où tout justement elle est parvenue à supprimer les obsessions, où elle n'a plus de rumination, où elle retrouve presque complètement l'unité de l'esprit. C'est que cette amélioration n'est obtenue que par une tension artificielle due à des efforts d'attention extrêmement pénibles.

Pour comprendre ce qui se passe chez ces malades nous pouvons nous reporter à ce qui se passe en nous-mêmes. Quel que soit le degré de la tension nerveuse avec laquelle nous vivons, il est certain que nous pouvons momentanément l'augmenter; je ne cherche pas ici le mécanisme de ces efforts, mais je constate seulement que quand nous préparons un examen difficile, quand nous exposons une théorie compliquée, quand nous luttons pour faire triompher nos idées dans une réunion, nous faisons un travail de synthèse mentale bien plus considérable que si nous nous laissons aller mollement au cours de la vie. Chez nous cette augmentation de tension n'est que momentanée, parce que notre tension normale indépendamment de tout effort est suffisante pour les perceptions et les actions courantes, qu'elle nous donne une décision, une certitude, une unité suffisantes. Mais chez les psychasthéniques la tension normale est insuffisante pour les besoins de la vie et les laisse dans l'indécision, le doute, la division ; ils ont besoin de faire perpétuellement et simplement pour vivre

l'effort supplémentaire que nous ne faisons qu'accidentellement. « Pour me bien porter il faut que je sois perpétuellement comme à la veille d'un concours, c'est impossible, laissez-moi retomber. » C'est ainsi que je m'explique maintenant ce besoin de rechutes qui me surprenait tant chez Lise. Il en est tout autrement dans les vraies guérisons où l'on voit au contraire les malades engraisser, tout en restant sans obsessions et sans efforts. Mais les observations précédentes nous montrent que le mécanisme du rétablissement doit être le même, il y a ascension de la tension cérébrale, seulement cette ascension se fait spontanément au lieu de se faire par les efforts du sujet.

6. — *Influence de l'émotion.*

Nous arrivons à une autre cause de ces oscillations ascendantes, bien intéressante et qui soulève de curieux problèmes, ce sont les sentiments et les émotions.

Il est d'observation banale que l'émotion peut relever le niveau mental et j'ai été frappé par cette curieuse observation psychologique finement décrite par le romancier anglais Rudyard Kipling[1]. Son héros Kim, après une grande fatigue, « sentit sans pouvoir l'exprimer par des mots que son âme ne s'engrenait plus à ce qui l'entourait, roue sans rapport avec aucun mécanisme... ». Après quelques émotions heureuses « il se mit à pleurer et il sentit avec un déclenchement presque imperceptible les roues de son être remboîtées de nouveau sur le monde extérieur. Les choses qui un instant auparavant traversaient le globe de ses yeux sans rien signifier reprirent leurs proportions convenables. Les routes étaient faites pour y marcher, les maisons pour y vivre, le bétail pour être mené, le sol pour être cultivé et les hommes et les femmes pour leur parler. Ils étaient tous réels, sur leurs pieds, parfaitement intelligibles, argile de son argile, ni plus, ni moins ».

On constate d'abord sans trop d'étonnement que certaines émotions particulières qui sont connues comme agréables et excitantes, que l'on appelait déjà sthéniques sans bien comprendre pourquoi, puissent produire ce bon effet et augmenter momentanément la tension insuffisante. « Les émotions exci-

1. Rudyard Kipling, *Kim*, 1901, ch. xv.

tantes, *rüstige*, sont des émotions qui font entrer dans la conscience un quantum de représentation réelle plus grand qu'elle n'en peut ordinairement contenir[1] ». Il suffit quelquefois à Qsa... d'entendre de la musique et surtout de la musique militaire pour qu'il ressente un frisson dans tout son corps et puisse digérer sans phobie. Le plaisir d'avoir acheté un cheval le fait digérer parfaitement et sans la moindre émotion un fort déjeuner. Jean a été invité à un dîner où il devait se rendre en habit. Inutile de dire avec quelles protestations il a accueilli cette proposition, quelles terreurs l'ont envahi et en présence de quelles indécisions, de quelles aboulies je me suis trouvé. Mais, un peu par curiosité, je me suis entêté plus que lui et par tout l'ascendant possible j'ai exigé qu'il allât à ce dîner. Une fois le premier pas franchi, tout se passa très bien : les dames que Jean redoutait tellement furent très aimables avec lui et il fut bien obligé de constater qu'il obtenait autant de succès qu'un autre. Le résultat de cette émotion et de cette satisfaction fut incroyable : Jean fut transformé et pendant plus de quinze jours il oublia Charlotte, la femme de chambre, les timbres-poste, les fluides, etc. Il en fut ainsi dans la suite à plusieurs reprises, chaque fois que l'on parvenait à lui faire obtenir quelque petit succès.

Lo... a présenté une résurrection de ce genre sous l'influence d'une émotion heureuse qui a eu malheureusement des suites lamentables. Cette jeune fille, grande scrupuleuse depuis des années, aboulique et étrangère à la vie au plus haut degré, fut vivement recherchée par un jeune homme. La vanité de se sentir recherchée, la joie des fiançailles produisirent une métamorphose extraordinaire. Le caractère devint pendant deux mois méconnaissable : gaie, active, pratique, cette jeune fille comprit la vie pour la première fois et descendit des nuages. Sa famille fut stupéfaite de son enthousiasme et du courage avec lequel elle entreprenait une vie nouvelle. La chute ne fut que plus triste : après quelques jours de mariage, fatigue et abaissement de tension, dégoût de la vie, incertitude de la perception et de la personnalité, aboulie et rumination, puis obsessions scrupuleuses et quelques semaines après une séparation inévitable.

Une émotion en particulier semble jouer ce rôle excitant d'une

1. Ribot, *La Psychologie allemande contemporaine*, p. 23 (F. Alcan).

manière remarquable, c'est l'émotion génitale. Sans que je puisse facilement insister sur ce point ni citer des exemples, il est évident par toutes les confidences que j'ai reçues que ce genre d'excitations quand il réussit est très souvent la source d'une amélioration manifeste. Quand ces personnes arrivent à une excitation complète elles retrouvent leur énergie et leur unité mentale. Dans tous les cas de ce genre on peut dire que l'émotion a augmenté la tension mentale parce qu'elle était agréable et qu'elle était sthénique, cela n'explique pas grand'chose, mais beaucoup se déclarent satisfaits.

Les choses sont loin de se présenter toujours ainsi. Dans bien des cas, j'ai pu observer que le même effet absolument heureux était déterminé par des émotions quelconques et même par des émotions tristes considérées d'ordinaire comme dépressives.

Voici une observation qui a toute la valeur d'une expérience. Claire vint un jour me voir dans un état lamentable : elle se sentait divisée en une foule de personnes, elle se sentait automate et cependant mauvaise, elle était envahie par toutes les obsessions scrupuleuses et par toutes les hallucinations sacrilèges et obscènes. Je ne parvins pas à fixer son attention, par aucun moyen je ne pus la faire remonter. Le même jour, je fus obligé d'aller voir sa mère qui l'avait accompagnée à Paris et qui était malade depuis plusieurs jours d'une affection grippale. Je me suis trouvé en présence d'une femme âgée, depuis longtemps emphysémateuse au plus haut degré, ayant un cœur irrégulier et qui était atteinte de broncho-pneumonie. Je ne pus m'empêcher de dire à sa fille que j'étais inquiet et qu'il fallait prévenir sa famille d'une maladie très sérieuse. Claire fut très impressionnée de cette nouvelle à laquelle elle ne s'attendait pas. Mais cette secousse eut un effet inattendu, celui de la transformer complètement. Il ne fut plus question du membre viril et des hosties, les ruminations et les angoisses disparurent comme par enchantement ; devant cette émotion réelle l'esprit retrouva son unité et la volonté son énergie. Ce fut évidemment peu durable, mais pendant plusieurs jours la restauration de l'esprit fut complète sous l'influence d'une émotion grave et évidemment pénible.

J'ai recueilli bien des exemples de ce fait sur la même malade. Au moment de la mort de son père elle a eu une véritable guérison pendant trois mois. « J'avais des chagrins réels, mais les

chagrins réels sont beaucoup moins pénibles que les reproches imaginaires de ma conscience, j'étais plus énergique, j'avais plus de volonté, ce qui m'a étonnée c'est que jamais je n'ai si bien dormi, calme, sans rêves, sans cauchemars. » Frappé de ces faits, je lui ai demandé de s'observer sur ce point et voici ce qu'elle m'a écrit : « Depuis que je suis malade, les émotions me font revenir ; au commencement elles me faisaient revenir tout à fait ou presque tout à fait ; quand elles étaient fortes, je me réveillais comme d'un rêve, je me trouvais absurde et j'espérais de nouveau... Je sentais que je m'engourdissais, que j'avais besoin d'émotion, le calme me faisait peur, je cherchais les peines, les joies, les peurs pour me retrouver heureuse, je faisais des efforts pour que ces émotions fussent complètes et claires. Une fois l'idée d'un mariage qui me plaisait m'a fait remonter tout d'un coup, une autre fois la peur d'un cheval emballé m'a fait revenir à la réalité l'espace de quelques heures, mais le souvenir m'en est resté longtemps, il me soutenait et me dirigeait comme une lumière qui m'indiquait le chemin à suivre... Plus j'ai été, moins j'ai senti les vraies émotions (on sait qu'elle distingue ainsi les émotions réelles en rapport avec la réalité des angoisses pathologiques), je trouvais que je n'avais plus de cœur, que j'étais endurcie, que je n'aimais plus comme avant. Aussi j'ai faim d'émotions, même de souffrances, encore maintenant quand une émotion arrive à me secouer cela me fait remonter mieux que tous les raisonnements. » Il est facile de confirmer ces remarques : la première visite qu'elle vient me faire à son retour, une menace prise au sérieux, une scène violente que je lui fais ont des résultats remarquables. Si je réussis à la faire pleurer, ses obsessions s'effacent pendant une huitaine de jours.

J'ai fait exactement les mêmes observations sur Lise. Quand elle a des enfants malades, ou des ennuis sérieux, elle est mieux pendant plusieurs jours ; sans la connaître, elle parle exactement comme Claire et réclame des ennuis pour la faire revenir. Il est nécessaire de temps en temps de lui faire une scène et surtout de la menacer sérieusement de l'enfermer comme aliénée. « Décidement, dit-elle, il n'y a que la peur qui me fait marcher. »

Vi... n'a plus de scrupules quand son mari est très malade. Ges... est guérie pour plusieurs jours par son entrée à l'hôpital. Byl.... obsédée par l'idée d'épouser son jardinier, pour s'abaisser car elle se croit indigne de tout, est momentanément guérie

quand on l'enferme : « l'émotion m'a remontée et rendue plus hardie ». Jean est transformé par des reproches, et même par des peurs, comme par la joie de ses petits succès, et Tr... s'améliore quand on lui fait une scène violente. Enfin, ce qui semble extraordinaire, Wo... scrupuleuse obsédée par les prières et par les comptes, a fait naufrage au cours d'une excursion maritime. Non seulement elle n'a pas été troublée par cet accident très émouvant, le navire s'étant échoué à la côte pendant la nuit, mais elle s'est montrée très courageuse et elle s'est très bien portée moralement pendant tout le mois suivant.

Je pourrais citer beaucoup d'autres exemples, le fait me paraît suffisamment établi : les émotions, même les émotions les plus pénibles, peuvent déterminer chez ces malades des oscillations ascendantes du niveau mental avec augmentation de la tension psychologique, retour des phénomènes supérieurs et disparition des états obsédants.

Ce fait est très remarquable, parce qu'il se trouve en contradiction complète avec un autre fait capital sur lequel est même fondée la théorie émotionnelle, c'est que les émotions sont le point de départ de la maladie. L'émotion, avons-nous constaté cent fois, a déterminé la chute de la tension et donné naissance aux sentiments pathologiques et aux obsessions. Je constate cette contradiction, je la regrette, car je la trouve plus grave que la contradiction précédente à propos de l'attention, mais je ne crois pas devoir chercher à la dissimuler. La terreur exagérée de la contradiction est la marque d'un esprit de système, elle n'a pas de raison d'être dans de semblables études : il est bien entendu que nos hypothèses sont tout à fait provisoires et qu'elles ne donnent qu'une synthèse approximative de ces phénomènes encore si mal connus. Tout ce que nous pouvons leur demander c'est de mettre un peu d'ordre dans la classification de phénomènes trop nombreux et trop confus, il ne faut pas être surpris outre mesure si elles laissent subsister çà et là quelque incohérence et quelque contradiction.

Cette difficulté nous montre que l'émotion est un phénomène infiniment plus complexe qu'on ne le suppose et dont les éléments ne se présentent pas toujours de la même façon quand les circonstances varient. Il y a évidemment dans l'émotion deux groupes de phénomènes : 1° des phénomènes inférieurs, évocation d'images,

réactions viscérales variées, 2° il doit y avoir aussi dans l'émotion des phénomènes supérieurs, spécialisation de l'émotion, adaptation exacte de l'émotion à la situation réelle et actuelle. Les émotions sont plus basses si la première catégorie de phénomènes y prédominent, plus élevées dans le cas contraire. Si les émotions sont très inférieures, elles provoquent une dérivation considérable et un épuisement à la suite duquel la tension nerveuse peut rester insuffisante. Si au contraire les émotions sont surtout caractérisées par leurs phénomènes supérieurs, si elles surviennent à un moment favorable quand l'esprit n'a besoin que d'une excitation pour s'élever à une tension supérieure, on peut s'expliquer que l'effet d'une émotion soit exactement inverse du précédent.

Voici quelques observations relatives à Wo..., cette malade dont l'état mental est relevé par un naufrage, qui peuvent, non résoudre le problème, mais mettre sur la voie de certaines recherches utiles. J'ai observé que cette malade, si courageuse en face du naufrage, succombe devant de très petites émotions. Elle avait acheté un piano et l'attendait avec impatience : en traversant l'antichambre, elle est surprise de voir la porte d'entrée de l'appartement grande ouverte et de voir apporter son piano. C'est là une émotion, mais elle semble une émotion légère et plutôt une émotion agréable, sthénique. Cependant, cette émotion bouleverse complètement l'esprit de la malade : Wo... n'éprouve pas la joie qu'elle s'attendait à éprouver, elle est horriblement agitée. Il lui semble qu'elle ne pense pas librement, qu'elle est dominée, qu'elle est forcée de faire des vœux, des pactes. L'agitation continue, amène des crises de manie mentale : Wo... s'interroge, recherche minutieusement les pensées qu'elle a eues en voyant entrer le piano, pour savoir si à ce moment elle a fait des vœux et des pactes ; elle devient tout à fait malade pendant quinze jours.

Voilà qui est singulier : une femme qui supporte très bien l'émotion d'un naufrage au milieu de la nuit, tombe malade parce qu'on lui apporte un piano qu'elle désirait ! Sans prétendre expliquer les faits, voici les quelques remarques que j'ai pu faire à ce sujet. Quand le danger est grave soit pour le sujet lui-même, par exemple dans le naufrage de Wo..., soit pour une personne aimée, par exemple dans la maladie de la mère de Claire, il y a un violent effort, déterminé par les tendances excitées. Cet effort amène l'adaptation, l'émotion correcte sans abaissement mental. Quand la situation est insignifiante, il n'y a

plus cet effort et l'émotion prend le caractère inférieur et dangereux. Cette première remarque nous ramène aux études précédentes sur l'influence de l'effort et de l'attention.

Une autre remarque importante m'est suggérée par certaines attitudes que je retrouve chez Lise et surtout chez Wo... Ces malades redoutent surtout l'émotion rapide et brusque, elles demandent que l'émotion mette un certain temps à se développer pour qu'elles aient le temps de s'y adapter. « Je n'aurais pas été malade, répète Wo..., si j'avais vu ou entrevu par la fenêtre la voiture qui apportait le piano, si j'avais pu prévoir qu'il arrivait, si j'avais eu quelques instants pour me préparer au plaisir de le voir arriver... C'est ce que je fais toujours avant toute émotion, quand je suis un peu prévenue, je me prépare à tel ou tel sentiment; je me dis : il faut être calme, ne pas m'embrouiller, ne pas faire de vœu, penser uniquement à ceci ou à cela... Dans le naufrage j'ai été réveillée par mon mari qui m'a prévenue qu'il se passait quelque chose, J'ai eu le temps de me dire que c'était grave, qu'il ne fallait pas perdre la tête, et quand je suis montée sur le pont, j'étais préparée et c'était moi la plus courageuse. » Tout cela est d'une analyse bien intéressante : ces malades, nous le savons, sont des *esprits lents*, il leur faut du temps pour la décision, pour l'attention, pour l'émotion réelle, surtout quand l'événement n'est pas très grave et très excitant par les tendances qu'il réveille. Il en résulte qu'ils adaptent beaucoup moins bien leurs émotions aux événements insignifiants et qu'il leur faut alors un certain temps de préparation entre le signal et l'émotion elle-même. Quand ce temps ne leur est pas laissé, l'émotion se produit d'une manière incomplète avec prédominance des phénomènes inférieurs et elle amène à sa suite une dépression.

Telles sont les quelques remarques encore très incomplètes que l'on pourrait faire pour expliquer l'action si différente de l'émotion qui est, suivant les circonstances, tantôt déprimante, tantôt excitante.

Quoi qu'il en soit de ces explications qui sont peu importantes et qui montrent simplement la complexité des émotions et notre ignorance, les malades connaissent bien cet effet de l'émotion et il en résulte chez eux une recherche de l'émotion excitante qui est un trait de leur caractère : « Que voulez-vous, dit Gisèle, je suis toujours ardente à rechercher ce qui m'enthousiasme ; j'en

ai tant besoin, j'éprouve les impressions d'un cœur qui a faim, d'un cerveau qui a faim, c'est un besoin intense de sensations, d'émotions extraordinaires, et si je me laisse aller à ce sentiment (un amour bizarre) cela me fait l'impression de grignoter un peu pour ne pas mourir de faim. » J'ai rencontré des jeunes femmes très curieuses sur ce point : Plo... est d'ordinaire assez calme, puis sous l'influence d'une fatigue quelconque, elle ressent un horrible abaissement avec dégoût de la vie, impuissance, état de rêve, etc. « Elle devine que pour sortir de cet état il lui faut une excitation émotive. Alors, malgré elle, sa tête imagine les aventures les plus baroques, les expéditions les plus aventureuses et les plus contraires à la pudeur commune et elle a des tentations inouïes de s'y lancer à corps perdu. » C'est ainsi qu'elle a déjà fait nombre de sottises qu'elle regrette ensuite, mais qui lui ont fourni sur le moment le remède à sa dépression.

Nous avons vu que parmi les émotions excitantes une des plus remarquable était l'émotion génitale, aussi ne faut-il pas être surpris de la voir particulièrement recherchée dans ces circonstances. Quand l'excitation sexuelle réussit, la malade est momentanément guérie, puis au bout de quelque temps elle cherche de nouveau le remède. Bien des prétendues excitations sexuelles chez les psychasthéniques n'ont pas d'autre origine. Si l'excitation sexuelle se montre insuffisante, la malade est désappointée et recherche passionnément une excitation plus complète. Loa... et Len..., tout à fait identiques sur ce point, ont une obsession génitale qui les pousse à chercher partout cette satisfaction idéale ; un véritable délire prend sa racine sur ce fait psychologique.

M. Marro observe que la passion du jeu remplit souvent un rôle analogue : « le jeu, dit-il, tient dans le champ de l'activité psycho-motrice, la même place que l'alcool dans l'alimentation. Le jeu est un exercice hautement émotif qui donne l'illusion de la richesse comme le vin donne l'illusion de la force[1]. » Dans le jeu les efforts d'attention combinent leur influence avec celle de l'émotion pour relever le niveau mental. Aussi observe-t-on la manie du jeu dans les mêmes conditions que la dipsomanie ou l'érotomanie.

Dans bien des cas d'ailleurs il y a une combinaison de ce genre : comment comprendre l'excitation favorable que l'on observe chez

1. Marro, *La puberté*, p. 282.

Qsa... quand je l'ai poussé à m'exposer pendant une heure ses idées philosophiques et artistiques? L'effort d'attention, le mouvement de la parole se mêlent à l'émotion assez complexe qu'il ressent et relèvent beaucoup son niveau mental. Quand Sim... quitte son mari « parce qu'il est trop bête, qu'il ne lui apprend rien d'extraordinaire, qu'il ne fait pas marcher son esprit », quand elle a besoin d'un amant plus brillant, il y a à la fois excitation des sens, et excitation morale par l'attention et l'émotion. Nous avons déjà noté ce besoin d'excitation morale dans beaucoup de ces besoins de direction.

Ces nombreuses influences excitantes viennent combiner leur action avec les influences déprimantes et déterminer des mouvements très variés du niveau mental. Certains malades oscillent très facilement dans les deux sens, comme Gisèle qui descend, « parce qu'elle a regardé la figure de son mari » et qui « est regrimpée parce qu'elle a regardé la statue de Notre-Dame des Victoires ». D'autres restent abaissés pendant de longues périodes à la suite d'une forte dépression et remontent lentement; il en résulte de grandes variétés que nous aurons à étudier à propos de l'évolution.

On voit d'après ce résumé trop bref l'importanee de ces oscillations du niveau mental suivant que la tension psychologique et nerveuse descend ou monte. Les oscillations, que j'avais autrefois notées chez les hystériques, caractérisées par l'augmentation ou la diminution de leur sensibilité, de leur mémoire, de leur volonté, la disparition ou le retour de leur suggestibilité, de leurs contractures, de leurs paralysies n'étaient qu'un cas particulier d'une loi beaucoup plus générale relative aux variations de la tension cérébrale et les psychasthéniques nous ont appris à mieux connaître la hiérarchie de ces phénomènes, l'ordre de leur disparition et de leur réapparition.

En même temps l'étude de ces oscillations si importantes me semble apporter une confirmation aux hypothèses psychastheniques. Il me semble bien difficile de rattacher tous ces faits à l'émotivité quand on voit l'émotion produire tant d'effets différents. N'est-il pas vraisemblable que ces oscillations par les sentiments qu'elles déterminent, par les dérivations qu'elles font naître jouent un rôle capital dans une maladie surtout caractérisée par le doute, l'oscillation et l'instabilité.

TROISIÈME SECTION

INTERPRÉTATION DES SYMPTÔMES

Après avoir cherché à comprendre cette notion à mon avis féconde de la *hiérarchie des phénomènes psychologiques, des variations de la tension psychologique* sous diverses influences déprimantes ou excitantes, il faut maintenant chercher à appliquer ces idées aux symptômes de la maladie que nous avons décrits dans la première partie de cet ouvrage. Pour interpréter ces symptômes, je me préoccuperai d'abord de leurs caractères généraux tels qu'ils ont été résumés à la fin de chaque chapitre. Puis j'étudierai à part, comme un dernier problème, la spécialisation de ces symptômes, leur application particulière à tel ou tel fait. Ainsi, je me propose de rechercher d'abord d'une manière générale pourquoi les sujets ont des sentiments d'étrangeté et des manies de recherche et ensuite pourquoi ils appliquent ces sentiments et ces manies à un objet ou à un acte déterminé.

1. — Interprétation des sentiments d'incomplétude.

Le premier phénomène que nous ayons à considérer est constitué par les sentiments bizarres, que nous avons appelés sentiments d'incomplétude, ils sont extrêmement variés et nombreux et portent sur toutes les fonctions de l'esprit, ils se rattachent évidemment aux insuffisances réelles qui résultent de ce fait que l'esprit ne peut plus parvenir aux opérations du premier degré.

La difficulté qui est ici plus psychologique que clinique consiste à savoir, comment le sujet arrive à se rendre compte de cette insuffisance et à la traduire par des sentiments. Il n'est pas probable qu'il y ait un fait de conscience, un sentiment directement en rapport avec le degré de la force nerveuse ; du moins jusqu'à présent les sentiments qu'on a voulu rattacher à l'émission

de la force nerveuse, à l'effort intérieur n'ont pas été démontrés. Mais je ne crois pas cependant qu'il faille tout de suite adopter la thèse de M. James et dire que nous ne sentons que le résultat physique de nos efforts, l'influence qu'ils ont sur nos muscles et sur nos viscères. Nous sentons aussi les résultats psychologiques de la tension nerveuse, l'unité et la complexité de nos états mentaux, l'impression de réalité, de personnalité présente, d'unité, de liberté, etc. Nous remarquons bien vite que ces idées et ces sentiments cessent de se présenter dans les circonstances où d'ordinaire ils survenaient. C'est exactement ce que font nos malades. Quand Jean vient nous dire : « il me semble que je ne saisis pas, que je ne m'assimile pas les choses avec la force normale. » je crois qu'il fait simplement une observation psychologique juste. Ces observations qu'ils font eux-mêmes sur le fonctionnement de leur esprit sont facilitées par la disposition que nous leur avons reconnue à l'introspection psychologique.

Il y a ainsi trois grands phénomènes qui jouent un rôle dans la formation des sentiments d'incomplétude : 1° La diminution de la synthèse mentale et par conséquent la diminution de la systématisation, de l'unité des éléments réunis dans le champ de la conscience. 2° La réduction de la complexité mentale, du nombre des éléments, sensations, images, mouvements, émotions qui remplissent d'ordinaire la conscience et qui nous donnent le sentiment de la réalité et du présent. 3° Le souvenir de la manière dont fonctionnait autrefois notre pensée, de son unité, de sa richesse, les comparaisons entre cet état passé et l'état présent et les interprétations inévitables qui se mêlent à ces comparaisons.

1° Un certain nombre de sentiments d'incomplétude sont plus immédiatement en rapport avec le premier phénomène, la diminution de la synthèse mentale. Ce sont par exemple les sentiments d'incapacité intellectuelle, d'obscurité, d'incoordination, de confusion, et en même temps les sentiments de la difficulté de l'acte volontaire, de la difficulté de l'attention, de la distraction, de l'instabilité.

Bien des sentiments de vague, de mystère qui vont donner naissance à des tendances mystiques ou orienter le délire dans un sens particulier dépendent de cette difficulté qu'éprouve le sujet à unifier ses pensées, même quand leur nombre est réduit. Le sentiment de dédoublement, de multiplicité, qu'il s'applique aux

choses ou qu'il s'applique à l'esprit, prend aussi son point de départ dans la même faiblesse de systématisation.

Je serais disposé à croire que le sentiment si important d'automatisme, d'absence de liberté, de domination se rattache aux précédents. Notre sentiment de liberté est surtout un sentiment d'unité. L'accord s'est fait entre toutes les tendances de notre être, entre les motifs imposés du dehors et les inspirations de notre caractère tout entier, l'action qui se fait résume en un seul système tous nos phénomènes psychologiques. C'est pourquoi on ne constate jamais de plus beaux sentiments de liberté que ceux des individus suggestionnés dont le champ de conscience est réduit sans doute, mais très unifié et rempli complètement par le développement d'une seule tendance.

Chez les psychasthéniques il n'en est pas ainsi ; ils agissent ou ils parlent, pressés par les nécessités de la vie sans que l'unité ait été faite dans leur esprit, quand il y a encore dans leur conscience des tendances, des habitudes, des caractères en opposition avec l'acte qui s'accomplit. Ils ne parviennent pas à rattacher davantage leur acte à toute leur personne. C'est ce qui se traduit par le sentiment d'automatisme, de domination, c'est-à-dire d'action non volontaire, non personnelle, c'est ce qui donne naissance à ce sentiment de révolte perpétuelle, au sentiment qu'ils ne peuvent jamais accepter une situation donnée, c'est-à-dire mettre d'accord tout leur caractère, toutes leurs tendances avec la perception de cette situation.

2° Si le défaut de synthèse complète joue ainsi un rôle considérable, je crois que le défaut de complexité, de richesse mentale a une importance encore plus grande, car il intervient particulièrement dans la perte du sentiment du réel et dans le sentiment de l'étrange, ces deux phénomènes fondamentaux. M. Bergson qui fondait, comme on l'a vu, le sens du réel sur « la conscience d'un accompagnement moteur bien réglé » interprète naturellement le sentiment de l'irréel et de l'étrange par la perte de cette association entre la sensation et le mouvement. « Qu'on lise, dit-il, les descriptions données par certains fous de leur maladie naissante, on verra qu'ils éprouvent souvent un sentiment d'étrangeté ou, comme ils disent, de « non-réalité » comme si les choses perçues perdaient pour eux de leur relief et de leur solidité. Si nos analyses sont exactes, le sentiment concret que nous avons de la

réalité présente consisterait en effet dans la conscience que nous prenons des mouvements effectifs par lesquels notre organisme répond naturellement aux excitations ; de sorte que là où ces relations se détendent ou se gâtent entre sensations et mouvements, le sens du réel s'affaiblit ou disparaît [1]. »

Il y a là une grande part de vérité, les sujets qui ont le sentiment de l'irréel ont peu d'activité, ils ont peu de disposition à se servir de l'objet qu'on leur montre. Mais leur sentiment dépend-il uniquement de cette réduction du mouvement ? Remarquons d'abord que chez eux l'association entre l'objet perçu et le mouvement n'est pas complètement rompue. Tout en disant que l'objet est irréel, ils savent encore s'en servir et reconnaissent très bien son usage : je n'ai pas vu le sentiment de l'irréel associé avec une véritable cécité psychique ni avec une véritable apraxie. D'autre part, les malades atteints de cécité verbale, ou même de cécité psychique, qui ont tout à fait perdu la notion des mouvements de la parole en rapport avec le mot écrit ou des mouvements de la main en rapport avec la vue de l'objet, sont loin d'avoir toujours en même temps le sentiment de l'irréalité de l'objet. Le défaut de mouvement n'est qu'un élément dans le sentiment de l'irréel.

M. W. James semble disposé à dire que le défaut de réalité dépend d'une absence d'émotion, d'une indifférence en présence de l'objet perçu [2]. Cela est encore en partie exact, car l'indifférence de ces sujets est incontestable, mais l'apathie peut être complète, chez quelques hystériques par exemple sans que ce sentiment prenne naissance et d'autre part des émotions inférieures comme l'angoisse peuvent accompagner la perception de certains objets sans les rendre plus réels.

M. Dugas a raison également de faire intervenir la diminution de la synthèse mentale, l'exagération de l'automatisme [3]. Mais ce n'est pas suffisant, car il est trop évident que l'irréel n'est pas la conséquence de tous les états automatiques, même les plus complets.

Il faut réunir toutes ces explications et dire que le sentiment du réel et du présent accompagne un certain degré élevé d'acti-

1. Bergson, *Matière et mémoire*. 1896, p. 191.
2. W. James, *The will to believe*, 1897, p. 322.
3. Dugas, *Revue philosophique*, 1898, I, 506.

vité cérébrale dans lequel les sensations, les images, les mouvements, les émotions sont nombreux, complexes et riches. Cette richesse mentale est toute relative et il est probable qu'un imbécile s'est contenté toute sa vie d'une pensée peu complexe et peu riche qui lui suffit pour reconnaître le présent et le réel. Mais quand l'esprit a été accoutumé à un certain maximum de conscience, il a appelé réel ce maximum et il ne reconnaît plus le réel et le présent quand il ne peut plus atteindre le même maximum.

Les phénomènes auxquels il parvient alors n'ont pas d'analogue exact dans une expérience passée : ils réunissent des caractères contradictoires, ils paraissent être extérieurs et ils ne semblent pas être réels, ils ressemblent à des images de la mémoire et cependant ils n'ont pas le caractère habituel, connu, familier des souvenirs, ils présentent le dédoublement qui existe dans le jeu et dans l'œuvre d'art et cependant ils ne sont pas accompagnés par le sentiment de liberté qui d'ordinaire caractérise le jeu et l'imagination artistique, comme l'avait bien remarqué Schiller[1]. Ces caractères plus ou moins bien analysés par le malade font qu'au sentiment de l'irréel s'ajoute le sentiment de l'*étrange*, que l'on trouve presque toujours associé avec lui[2].

Il est bien probable que le sentiment du « déjà-vu » n'est qu'un sentiment du même genre. M. Dugas suppose que le sujet, « sentant que les impressions lui échappent, les rattache à lui par un lien imaginaire ; n'ayant plus de perceptions il croît avoir des souvenirs[3] ». Le même auteur dit ailleurs très bien « c'est un recul dans le passé à cause de la perte des caractères du présent, cela paraît fuir et devenir passé[4] ». Dans mes cours sur la mémoire j'ai essayé de montrer que tout état complexe implique une partie d'activité automatique et une partie d'activité de synthèse, une action de ce que j'appelle ici la fonction du réel et du présent. Suivant que dans notre conscience l'un ou l'autre de ces deux phénomènes nous paraît prédominer, l'état est classé par notre esprit parmi les faits passés ou parmi les faits présents. S'il y a abaissement de la tension psychologique, diminution de l'activité de synthèse, de la concentration et de la complexité présentes, avec

1. K. Groos, *Les jeux des animaux*, traduct., 1902, p. 338 (Paris, F. Alcan).
2. Cf. mon étude « à propos du déjà-vu ». *Journal de psychologie normale et pathologique*. Juillet 1905, p. 289.
3. Dugas, *Revue philosophique*, 1898, II, 424.
4. Id., *ibid.*, 1898, I, 501-507.

conservation, et, comme on le verra, développement de l'automatisme, l'état paraîtra évidemment passé. Quant à le reconnaître, à le localiser à une ou à plusieurs époques plus ou moins reculées du passé, ce sont des détails dus à l'interprétation du sujet.

Ces mêmes sentiments d'irréel, d'étrangeté, ces sentiments que le phénomème est par un certain côté un phénomène de souvenir sans en avoir cependant tous les caractères, troublent toutes les opérations de l'esprit, ils déterminent la gêne, l'inquiétude, ils rendent l'action et l'attention encore plus incomplètes qu'elles n'étaient, la perception encore plus insuffisante ; ils se compliquent par des sentiments perpétuels de doute, d'obscurité, de rêve, de découragement, d'indécision.

Si ces sentiments sont éveillés à propos de la perception extérieure, le sujet les exprimera à sa façon suivant sa puissance d'observation intime et suivant son éducation psychologique et il dira que tout est « drôle, étrange, nouveau pour lui, qu'il est tombé dans un autre monde, qu'il est loin des choses, qu'elles sont devenues petites, qu'il est dans le vide, » etc.

Si ces sentiments s'éveillent à propos de la perception personnelle, les malades répéteront comme Pr... qu'ils se sentent étranges, drôles ; c'est la remarque la plus simple que l'on puisse faire sur un état semblable. D'autres trouvent qu'ils sont faux, qu'ils jouent la comédie (Claire, Gisèle). Cela correspond assez bien à la perte de la fonction du réel qui est l'essentiel,

Le troisième fait qui joue un grand rôle, sinon dans la constitution au moins dans l'expression des sentiments d'incomplétude, c'est le souvenir de l'état d'esprit antérieur à la maladie ou de l'état d'esprit qui réapparaît de temps en temps dans les instants clairs dus aux oscillations ascendantes de la tension nerveuse. Les malades font involontairement une comparaison perpétuelle entre leur état présent et leur état antérieur.

C'est pourquoi beaucoup se disent changés, soutiennent qu'ils sont devenus une autre personne (Xyb..., Pot..., To...) ; il me semble qu'ils n'ont pas entièrement tort, car il est certain qu'ils ne sont plus ce qu'ils étaient. Enfin, un très grand nombre emploient les mots : « descendre, décadence, » ou parlent de précipice : « j'ai le sentiment de ma décadence, dit Jean, je sens qu'elle n'est pas de naissance, mais acquise, j'avais une certaine vivacité d'esprit, tout cela a baissé. Ce que je voudrais la

pleine possession de moi-même, de la mesure avec laquelle je suis né ; je ne puis plus supporter ce voile, ce nuage, tout ce que vous voudrez qui me sépare de la realité. »

Un degré de plus et les malades vont avoir le sentiment qu'ils ont perdu leur personne, ou du moins leur personne ancienne. qu'ils ne sont plus eux-mêmes. Le sentiment de dépersonnalisation n'est pas autre chose qu'une sorte de perception interne du trouble de la fonction du réel. C'est une forme du sentiment d'étrangeté, d'incomplet, d'irréel appliqué à la personne au lieu d'être appliqué aux choses. Le malade constate qu'il n'agit plus que d'une manière automatique, qu'il répète le passé et ne s'adapte plus au présent, il sait vaguement qu'être c'est agir, et que ne plus pouvoir concentrer ses pensées, ses désirs dans une action présente, c'est ne plus être une personne. Ces remarques se traduisent en un sentiment de non-existence personnelle, la disparition de la personnalité ancienne.

M. Dugas en arrive également à dire que « le processus de la dépersonnalisation c'est l'apathie, la dissolution de l'attention, la mise en liberté de l'activité automatique [1] ». Le fait fondamental c'est l'abaissement de la tension psychologique ainsi que je l'ai définie.

Enfin il est bien clair que toutes sortes d'autres phénomènes peuvent se mêler avec ces sentiments fondamentaux. De l'agitation ou des manies que nous allons interpréter dans le paragraphe suivant s'ajoutent au sentiment d'incomplétude pour former l'inquiétude. Dans des phénomènes complexes comme diverses hontes, dans le besoin d'être aimé, d'être dirigé, dans l'ambition même qui n'est que l'inquiétude jamais satisfaite du présent. dans le mysticisme qui est le défaut d'appréhension du réel joint à une certaine agitation de l'esprit et au besoin de se repaître de chimères, l'influence de mille conditions et même l'interprétation des troubles par le sujet lui-même devient de plus en plus considérable.

Quand Vof..., après avoir été mordue par un chien, vient nous dire « je suis *humiliée* d'avoir été mordue, c'est comme si cette morsure m'avait *flétrie*, je ne suis plus comme les autres, je suis comme *honteuse* après cette morsure », il y a là un sentiment très délicat et très complexe. La vérité c'est qu'après la morsure, il y

1. Dugas, *Revue philosophique*, 1898, I, 504.

a eu un abaissement de la tension psychologique et une diminution des fonctions du réel. La malade s'est sentie *changée* et *diminuée*. Pourquoi complique-t-elle cette première impression par les idées morales de honte, de flétrissure, d'humiliation. Cela dépend évidemment de la manière dont elle sent cet abaissement, de son ignorance relativement à la faiblesse mentale et à l'aboulie, de son éducation religieuse et morale, de ses idées antérieures sur le vice de la paresse, sur la honte de l'inertie, etc. Le degré d'intelligence du sujet joue ici un grand rôle pour déterminer la forme de ces sentiments.

Il faut, en effet, une certaine intelligence pour remarquer ces lacunes du fonctionnement mental ; nous avons déjà insisté sur cette remarque, c'est que les scrupuleux sont des gens intelligents. Il y a à cela plusieurs raisons, en voici une en rapport avec le problème actuel : un individu d'esprit lourd, ayant peu de mémoire et peu de jugement, ne remarquera pas beaucoup que son esprit a perdu la fonction du réel, qu'il a moins de volonté libre ou moins d'unité. Il y aura chez lui simple abaissement mental, aboulie pure qui sera plus remarquée par les autres que par lui-même. Nous avons recueilli de très nombreuses observations de ces abouliques indifférents à leur état. Au contraire un esprit intelligent compare son état actuel avec son état passé et remarque les différences. Mais il les remarquera de telle ou telle manière suivant sa situation, son éducation ou ses besoins : celui qui est préoccupé de l'action parce qu'il doit gagner sa vie, se faire une carrière, va remarquer son indécision volontaire, sa faiblesse et il parlera d'incapacité, de domination, celui qui agit peu mais qui s'intéresse aux lectures, aux spectacles, va remarquer davantage les troubles de sa perception et dira qu'il trouve tout étrange. Le caractère antérieur va jouer aussi un grand rôle et déterminera chez l'un des sentiments de colère et de révolte et chez l'autre des sentiments d'inquiétude et de honte. Déjà dans la formation de ces sentiments il y a de l'interprétation qui commence et qui dirige l'esprit du malade dans un sens déterminé.

2. — *Interprétation des agitations forcées.*

En remontant la série des phénomènes psychologiques que

nous avons analysés nous nous trouvons maintenant en présence de ce grand groupe des agitations forcées qui contient les agitations motrices de diverses espèces, les crises d'angoisse et les ruminations mentales. C'est une partie essentielle de la maladie : pouvons-nous chercher à la rattacher à nos théories psychasthéniques ?

1. — *Les caractères des agitations forcées.*

En étudiant les crises d'agitation plus ou moins irrésistible nous sommes parvenus aux conclusions suivantes que je me borne à rappeler, la démonstration en ayant été donnée dans le troisième chapitre.

Dans un grand nombre de cas, les crises commencent toujours à l'occasion d'une action volontaire. C'est le début d'un acte ou le désir d'accomplir un acte qui amène des agitations et des angoisses. Tout un groupe de phobies, celles qui ont été désignées d'une façon assez défectueuse sous le nom de phobies du contact ne sont en somme que des phobies d'actes ; beaucoup de dysesthésies également ne sont que des phobies déterminées par les fonctions, les actes du corps. Nous avions également remarqué que ces accidents ont seulement pour point de départ des actions volontaires que le sujet voulait accomplir avec attention.

Les agitations, les angoisses, les ruminations comme nous l'avons vu, commencent aussi dans d'autres circonstances, à propos des idées, quand le sujet essayait de les examiner avec attention et d'arriver à leur égard à une solution nette, affirmative ou négative : en un mot quand il se proposait un problème de croyance ou de certitude.

Enfin nous avions remarqué avec intérêt comme un phénomène fort curieux que la recherche ou le désir d'une émotion nette, en rapport avec la situation présente, était bien souvent le début d'une crise.

Une deuxième remarque nous avait montré que ces phénomènes initiaux commencés par le sujet : action volontaire, attention, croyance, émotion réelle, n'aboutissaient pas. Dans les cas les plus simples, ces phénomènes n'existaient en aucune manière. L'acte ne se faisait pas, le sujet ne parvenait ni à la croyance, ni à la négation, l'émotion restait indistincte et ne parvenait ni à cette acuité de douleur, ni à cette fleur de plaisir qui achève l'acte.

Dans d'autres cas moins nets, les phénomènes semblaient se produire au moins pour un témoin extérieur, mais ils ne satisfaisaient pas l'esprit du sujet, ils lui semblaient insuffisants, imparfaits, incomplets de toute manière.

Ces sentiments d'incomplétude nous sont maintenant connus, nous savons qu'ils correspondent à quelque chose de vrai. Le phénomène n'a pas été terminé, il n'a ni la complexité, ni l'unité, ni l'adaptation au réel qu'il devrait avoir. Nous voyons maintenant au début des crises une manifestation remarquable de cette disparition des fonctions psychologiques supérieures qui, à notre avis, caractérise la maladie tout entière.

Troisième remarque : à l'occasion de ces phénomènes supérieurs qui ne s'accomplissent pas ou qui s'accomplissent d'une manière insuffisante se développe brusquement dans l'esprit une tout autre catégorie d'opérations : tantôt ce sont des mouvements variés, des tics, des efforts, des crises d'agitation ; tantôt ce sont des troubles viscéraux, des palpitations, des suffocations, des angoisses ; tantôt il s'agit d'opérations intellectuelles interminables et extrêmement variées que nous avons résumées sous le nom de rumination mentale. Toutes ces opérations qui se substituaient ainsi aux premières nous ont paru des opérations sans portée, incoordonnées, vagues et puériles, dignes d'un âge antérieur et quelquefois même d'une époque historique antérieure, en un mot, des phénomènes d'un ordre plus élémentaire.

En ajoutant à cette observation sur le peu de valeur des opérations secondaires les études que nous venons de faire sur la hiérarchie des phénomènes psychologiques, nous remarquons facilement que toutes ces opérations occupent un des rangs inférieurs du tableau : les ruminations mentales rentrent toutes dans le groupe des opérations qui portent sur des images ou sur des abstractions, or ce groupe n'occupe que le troisième rang bien au-dessous de la fonction du réel ou même des opérations désintéressées. Les angoisses et les tics rentrent dans les quatrièmes et cinquièmes groupes, ceux des émotions et des mouvements inadaptés au présent.

En appliquant les notions auxquelles nous sommes parvenus par l'étude des hypothèses précédentes, on peut donc dire en résumé que dans ces crises le sujet a baissé de plusieurs degrés, et qu'un groupe de phénomènes inférieurs s'est substitué aux phénomènes supérieurs qui ne pouvaient plus s'accomplir.

2. — *L'hypothèse de la dérivation psychologique.*

Malheureusement les choses me paraissent un peu plus compliquées et me forcent à admettre une hypothèse nouvelle ou du moins à développer les précédentes. Non seulement le sujet met une opération inférieure à la place de la supérieure, mais cette opération inférieure prend un développement exorbitant qui nous étonne et qui paraît en disproportion avec le point de départ. Le sujet voulait faire volontairement une action simple qui, chez un homme normal, aurait été terminée en quelques minutes, il voulait obtenir une solution négative ou positive sur un petit problème qui demandait quelques instants de réflexion, il commençait une émotion de plaisir, une émotion artistique, ou même un sentiment de frayeur qui, vu les circonstances, n'aurait été ni bien intense ni bien prolongé : et voici qu'à la place de ces phénomènes simples se développent des agitations énormes, des ruminations durant des heures, des angoisses avec troubles respiratoires et cardiaques qui paraissent très graves. Il y a en apparence une disproportion telle que l'on a quelque peine à comprendre que le second phénomène ne soit que le substitut du premier.

On peut cependant comprendre cette transformation de différentes manières. On peut d'abord remarquer un fait très vrai, c'est que l'insuffisance psychologique du début est pénible et qu'elle détermine un certain genre de souffrance difficile à supporter. Cette souffrance serait la raison d'être des efforts infructueux du sujet et de son agitation. « Vous ne pouvez pas vous figurer, dit Lise, comme cet engourdissement qui m'empêche d'arriver à une émotion est pénible. » « Cela finit par être horrible, dit Kl..., de ne pas savoir si oui ou non on croit quelque chose. » Il y a aussi le sentiment qu'on est bête, ridicule et cela agace continuellement. « L'émotion, comme la lumière, dit Claire, ne va jamais jusqu'à moi, c'est exaspérant à la fin. On a tort de se moquer de moi, en disant que je cherche la perfection... Je n'ai pas cherché à me perfectionner, à être mieux qu'avant, j'ai cherché à reprendre ce qui s'en allait, voilà tout ; j'ai cherché à combler le vide que je sentais, j'ai cherché à me retenir parce que j'avais un horrible sentiment de tomber. » En un mot si les malades se livrent à des agitations si considérables, c'est parce que la lacune

déterminée par la suppression du phénomène supérieur est douloureuse et qu'ils cherchent tout naturellement, même par des efforts et des agitations prolongées, à se débarrasser d'une souffrance.

On pourrait aussi appliquer à cette souffrance une remarque intéressante et juste faite par M. Dumas, c'est que, dans certains cas, la douleur est excitante [1]. Le mélancolique simplement déprimé, sans souffrance morale, présente dans tous ses phénomènes physiologiques et psychologiques un abaissement considérable ; le mélancolique en apparence plus malade, qui souffre et qui délire se montre beaucoup moins déprimé. Il y a chez le second une excitation déterminée par la souffrance elle-même. Dans ce cas voici comment on pourrait se représenter les choses : le scrupuleux, étant avant tout un psychasthénique qui ne peut s'élever à la fonction du réel, a de temps en temps à propos d'actes volontaires ou de croyances des insuffisances psychologiques. Celles-ci déterminent des sentiments d'incomplétude et une douleur qui est excitante, qui amène dans l'esprit ou dans les viscères tout ce travail considérable de la rumination ou de l'angoisse.

Ces explications ne me paraissent pas suffisantes pour tous les cas ; il ne me semble pas que l'insuffisance du premier phénomène soit toujours sentie assez douloureusement pour déterminer soit d'une manière presque volontaire soit d'une manière automatique toute l'agitation consécutive.

Il faut compléter notre première hypothèse sur l'insuffisance de tension et la suppression des phénomènes supérieurs par une notion qui s'y rattache tout naturellement, celle de la *dérivation*. Quand une force primitivement destinée à être dépensée pour la production d'un certain phénomène reste inutilisée parce que ce phénomène est devenu impossible, il se produit des dérivations c'est-à-dire que cette force se dépense en produisant d'autres phénomènes non prévus et inutiles.

Des allusions à des opérations de ce genre ont déjà souvent été faites par les psychologues. Cabanis considérait déjà « la sensibilité comme une espèce de fluide, si elle ne peut s'écouler d'un côté, disait-il, elle s'écoule d'un autre... Les travaux et les

1. G. Dumas, *La tritessse et la joie*, 1900, p. 27, 95, 357 (Paris, F. Alcan).

exercices du corps font une diversion et la réflexion ne peut pas naître[1] ».

Spencer explique de cette façon les expressions de la physionomie qui se produisent au cours de certaines émotions. L'excitation incomplètement utilisée dans la production des phénomènes de conscience se dépense en déterminant la contraction de petits muscles peu résistants[2]. Le rire est le résultat d'une dérivation de la force nerveuse vers les muscles les plus faibles qui se meuvent le plus habituellement. Cette dérivation a lieu parce que l'émotion commencée se trouve en contradiction avec la situation donnée et qu'elle ne peut pas continuer à se développer. Il y a un surplus d'excitation qui doit s'écouler; la décharge se produit par le canal qu'elle trouve ouvert et produit le rire. L'irascibilité, dit encore Spencer, se produit par suite d'une inactivité relative des éléments supérieurs, la décharge se fait d'une manière soudaine par des plexus inférieurs qui ajustent la conduite aux impressions pénibles[3].

Dumont explique d'une manière analogue les caractères de la déception. « Quand nous attendons un événement, dit-il, un ensemble d'idées et de tendances sont en éveil, la déception supprime brusquement leur emploi, les forces inemployées se dépensent en luttes et en tristesses[4]. » Je crois que l'on pourrait compléter la remarque très juste de Dumont par une étude analogue sur les phénomènes de l'attente. Pendant l'attente tout un ensemble de forces est mis en mouvement, est préparé, elles trouveront leur emploi quand le signal sera donné par l'événement, mais en l'attendant elles restent sans emploi. On observe alors toutes sortes de phénomènes d'agitation motrice ou mentale et même d'excitation viscérale qui cessent dès que l'attente est terminée. Voici un fait que j'ai observé bien souvent et que l'on peut facilement vérifier. Des jeunes gens sont réunis pour un concours et attendent que l'on dicte le sujet de la composition. L'attente du sujet du travail les tient dans une agitation extrême : ils ne peuvent tenir en place, ils ont une foule de pensées, de craintes, d'angoisses, ils ont des besoins fréquents d'uriner par

1. Cabanis, *Rapports du physique et du moral*, IV, p. 31.
2. H. Spencer, *Essais sur le rire*. Cf. Th. Ribot, *La psychologie anglaise contemporaine*, p. 303 (Paris, F. Alcan).
3. H. Spencer, *Principes de psychologie*, I, p. 262 (Paris, F. Alcan).
4. Dumont, *Théorie scientifique de la sensibilité*, 1877, p. 148 (Paris, F. Alcan).

contraction de la vessie et même des crises de diarrhée. Le sujet dicté, tout se calme ; car, le barrage étant levé, les forces préparées se dépensent librement dans le travail attendu. Les dérivations sont ici très nettes et très démonstratives.

M. Ribot se rattache à ces idées quand il dit « que des lois générales président à la répartition de l'activité nerveuse dans les différents points du système nerveux comme des lois mécaniques gouvernent la circulation du sang dans le système vasculaire[1] ».

Dans son étude sur la puberté, M. Marro donne plusieurs exemples de dérivations de ce genre « les premières manifestations de la douleur annoncent que la réaction psychique est en défaut, à la réaction dans la vie de relation se substitue la réaction organique seule, qui, par la suite, pourra se résoudre en simples actions physiques ou chimiques[2] ».

Mantegazza en décrivant des sujets en proie au désespoir qui se mordent, s'arrachent les cheveux, se frappent la tête contre les murs, suppose que l'individu s'impose volontairement ces souffrances pour substituer à la douleur morale une douleur artificielle qui serve de dérivatif[3]. Une jeune fille décrite par M. Tissié avait remarqué qu'une vive douleur physique lui était nécessaire « pour dépenser le trop-plein de la force nerveuse », elle s'était brûlé deux fois la poitrine avec un fer rouge et elle avait entretenu les plaies en cachette : « par la douleur violente, disait-elle, elle arrivait à faire diffuser la trop grande puissance nerveuse[4] ». En un mot cette notion de la dérivation est assez commune dans les études psychologiques : quand on voit une femme sans enfants soigner avec dévouement un chien ou un perroquet on est tout disposé à dire qu'il s'agit là d'une dérivation de l'amour maternel. Je suis disposé à croire que l'on devrait faire un plus grand usage de cette notion très juste et très importante.

Plusieurs auteurs ont essayé d'appliquer cette notion de la dérivation à la pathologie mentale. M. H. Jackson fait observer que dans la psychiatrie on se préoccupe d'ordinaire des phénomènes négatifs, c'est-à-dire des opérations supprimées par la maladie, mais que l'on ne tient pas assez compte des phénomènes

1. Th. Ribot, *Les maladies de la volonté*, p. 19 (Paris, F. Alcan).
2. Marro, *La puberté*, p. 418.
3. Mantegazza, *Physiologie de la douleur*, p. 219. Cf. G. Dumas, *La tristesse et la joie*, p. 339.
4. Tissié, *Revue scientifique*, 1896, II, p. 645.

positifs, des opérations qui restent possibles, lesquelles peuvent très bien être exagérées par la suppression des premières [1].

M. E. Wright, en étudiant l'élément physiologique de l'émotion exagérée, dit que ces réflexes viscéraux sont secondaires, et sont une simple dérivation des forces cérébrales mal employées.

Hack-Tuke indique une remarque du même genre à propos des rêveries. Si, dit-il, on est occupé à un travail monotone et facile, menuiserie ou jardinage, qui ne demande que peu d'attention et de travail mental, et si cependant par inexpérience on fait à ce moment un grand effort d'attention, il en résulte une excitation de l'attention et une alimentation insuffisante. Cette situation amène régulièrement une foule de rêveries qui se reproduisent indéfiniment [2].

Enfin M. Freud semble faire un emploi très intéressant de cette notion pour expliquer les phénomènes de l'angoisse. D'après lui l'angoisse aurait toujours pour origine des phénomènes d'excitation génitale. Cette excitation devrait normalement se dépenser dans l'exécution de l'acte spécifique, si par abstinence, par suite du coït imparfait, ou pour d'autres causes cette excitation n'arrive pas à son terme elle s'écoule en suivant d'autres voies et donne lieu à des réactions viscérales pathologiques qui déterminent l'angoisse.

Je pense depuis longtemps qu'il est nécessaire de comprendre d'une manière plus large le rôle de ces phénomènes de dérivation dans la pathologie mentale.

D'abord la dérivation ne donne pas uniquement naissance à des phénomènes viscéraux et à de l'angoisse comme le pensent quelques-uns des auteurs précédents. Elle peut prendre diverses directions suivant les prédispositions individuelles et les circonstances, elle peut être musculaire et déterminer des agitations ou des mouvements plus ou moins systématisés, elle peut être viscérale et déterminer des excitations de l'appareil circulatoire, de l'appareil respiratoire ou même de l'appareil intestinal ou vésical, elle peut être aussi cérébrale et déterminer des phénomènes intellectuels de diverses sortes, pourvu que ces phénomènes restent d'ordre élémentaire, restent des phénomènes de basse

1. H. Jackson, On imperative ideas. *Brain*, 1895, p. 318.
2. Cf. C. Mercier, *Brain*, 1895, p. 329.

tension, des images automatiquement associées, des idées abstraites, des raisonnements, etc.

Ce qu'il est le plus important de bien comprendre, c'est l'origine de la dérivation. Je ne puis admettre que l'origine de la force qui va dériver provienne uniquement de l'excitation génitale inassouvie. Cela arrive sans doute dans certains cas et j'ai montré des malades qui ont des crises de rumination parce qu'elles sont incapables de parvenir à l'émotion génitale complète. Mais nous avons observé le même fait après des émotions artistiques, des émotions de chagrin, de peur, etc., qui ne parvenaient pas non plus à leur terme, nous l'avons vu également après des efforts d'attention ou de croyance, après des tentatives d'acte, surtout quand ces efforts et ces tentatives n'aboutissaient pas. En un mot, la dérivation peut se produire toutes les fois qu'un phénomène supérieur de haute tension a commencé à se produire, et qu'il est arrêté dans son développement par cet abaissement du niveau mental qui rend impossibles les phénomènes de haute tension.

Cette conception permet de résoudre la difficulté qui nous avait arrêtés dans l'interprétation des crises d'agitation forcée. Comment se fait-il, demandions-nous, qu'au phénomène initial supprimé, qui semblait un phénomène unique et assez petit, se substitue une quantité énorme d'autres phénomènes secondaires qui se prolongent pendant longtemps ?

Je crois que l'on pourrait répondre par un développement de notre hypothèse relative à la hiérarchie psychologique et aux degrés de tension des phénomènes. Quand un phénomène psychologique est très supérieur à un autre, la tension qu'il exige pour se produire pourrait être suffisante, si on l'employait autrement, pour produire cent fois le phénomène inférieur. Un courant électrique de 110 Volts est nécessaire pour allumer une lampe électrique et il produit ainsi une lumière qui ne nous paraît avoir rien d'excessif. Mais si on appliquait le même courant à des sonnettes, il en ferait marcher des quantités et produirait un vacarme. Si on lui faisait traverser des fils métalliques résistants, il les ferait rougir et pourrait déterminer un incendie. Une quantité donnée d'énergie calorique doit être portée à 1800°, c'est-à-dire à un degré élevé de tension pour fondre une quantité minime de platine, si cette même quantité d'énergie n'arrive qu'à la tension de 400°, elle ne pourra plus fondre un milligramme de platine, mais elle pourra

facilement fondre des kilogrammes de plomb. Nous sommes amenés à admettre de même que la tension psychologique inemployée pour les phénomènes supérieurs qu'elle ne peut plus produire se dépense en phénomènes inférieurs, et qu'elle donne alors naissance à une véritable explosion de phénomènes infiniment nombreux et puissants, mais toujours inférieurs dans la hiérarchie.

Eh bien, c'est cette conception de la dérivation ainsi entendue que nous devons appliquer à l'interprétation des crises d'agitation motrice, d'angoisse ou de rumination mentale. L'examen de quelques faits nouveaux nous montrera que cette interprétation résume d'une manière commode un certain nombre de caractères de ces crises.

3. — *La dérivation dans les agitations et les angoisses.*

On a déjà vu bien des exemples de la façon dont les efforts d'attention amenaient des agitations motrices et des tics. La timidité, par exemple, c'est-à-dire l'aboulie sociale, l'impuissance pour accomplir complètement les actes les plus complexes qui sont les actes sociaux, ne détermine pas uniquement des phénomènes émotionnels, mais elle donne aussi naissance à des décharges motrices. X... a la figure parfaitement calme quand il est seul et il parle correctement ; s'il vient me voir et s'il veut me demander quelque chose, il a une agitation invraisemblable de tout le corps et particulièrement de la figure et il bégaye horriblement. La dérivation est chez lui motrice et il ne ressent pas d'angoisse, c'est en se plaçant à ce point de vue que M. Scholz a pu ranger la timidité dans l'ordre des émotions impulsives[1].

On trouvera des faits de ce genre dans tous les tics, dans toutes les agitations motrices qui surviennent, comme on l'a vu, à la suite d'un effort de volonté ou d'attention. Une preuve intéressante du rôle que joue la dérivation dans ces phénomènes secondaires, c'est leur disparition quand on supprime l'effort pour accomplir le phénomène primaire. Ho... a des tics quand elle va à l'école et fait attention ou essaye de faire attention à la leçon ; elle a beaucoup moins de tics les jours de vacances. Claire avait des crises d'agitation énorme avant chaque repas parce qu'elle essayait de faire une prière avec attention et avec foi. Elle est

1. Scholz, *Revue de l'hypnotisme*, 1892, p. 7.

prise de découragement en voyant : « que la lumière s'éloigne de plus en plus et que décidement elle ne peut plus prendre la pensée de prier ». Elle renonce à cette prière avant le repas, et elle n'a plus de crises d'agitation à ce moment.

Il vaut mieux insister sur la formation de l'angoisse qui a pris dans ces études une grande importance. L'angoisse comprend, comme on l'a vu, deux catégories de phénomènes, des sentiments intellectuels qui tous se rattachent au groupe des sentiments d'imcomplétude, sentiment de décadence, de chute, de folie, de mort. Ces sentiments sont en rapport avec l'abaissement vrai du niveau mental, c'est le sentiment de la psycholepsie elle-même. Ils accompagnent l'incapacité où est réellement le sujet d'accomplir les phénomènes supérieurs de haute tension. En réalité l'angoissé n'a pas fait les actes ni les efforts d'attention, il n'a pas éprouvé les émotions que commandaient les circonstances, il en était incapable et c'est cette incapacité, en rapport avec tout un abaissement de l'esprit qu'il sent d'une façon aiguë.

En deuxième lieu l'angoisse contient des sensations de troubles organiques, ceux-ci nous apparaissent comme le résultat d'une décharge intéressant les appareils des fonctions organiques. Cette décharge est en rapport avec une fuite du courant inutilisé par les phénomènes supérieurs.

Des fuites de ce genre sont nombreuses : un exemple bien frappant nous est donné par l'excitation génitale et la masturbation. Chez Fy..., chez Claire et chez plusieurs autres, l'effort pour vouloir et pour penser amène une masturbation. C'est un tort, à mon avis, que d'accuser le sujet et de dire : « la masturbation est venue empêcher son travail ». C'est là renverser les termes : en réalité c'est parce que le travail ne pouvait pas se faire que la masturbation se produit comme une décharge de l'excitation inutilement accumulée. Chez Rk..., le phénomène est bien plus saisissant encore, car il n'y a aucun mouvement que l'on puisse accuser d'être volontaire. Il essaye d'appliquer son esprit à un problème de mathématiques, il lui semble qu'il va comprendre, mais il ne réussit pas et il fait un plus grand effort d'attention. A ce moment une érection se produit sans aucun consentement de sa part, suivie d'une éjaculation : c'est ici une dérivation viscérale absolument pure.

La décharge peut se faire sur d'autres organes d'une manière

aussi nette. On a vu plusieurs de ces malades qui ne peuvent accomplir le coït d'une façon normale et qui se plaignent de n'arriver qu'à des émotions incomplètes. Voici comment plusieurs expliquent leurs mésaventure : « Ce qui m'empêche d'avoir des rapports normaux avec ma femme, me dit un homme de 30 ans, c'est que, au moment où le désir grandit, il me prend un violent besoin d'uriner. Je ne puis y résister et naturellement tout est changé. » Len... commence à être excitée, mais tout d'un coup elle a un besoin irrésistible d'aller à la selle au moment où elle approchait de l'émotion complète. Ici encore c'est renverser les termes que d'expliquer l'arrêt du coït par l'excitation vésicale ou intestinale; l'impuissance à terminer une émotion forte et précise est l'essentiel, cette impuissance caractérisait déjà toute la conduite du malade, les dérivations sont l'accessoire.

Quand la décharge se fait sur la poitrine, sur le diaphragme, sur le cœur, elle produit l'angoisse vulgaire. On peut en trouver des exemples intéressants en considérant encore une fois le fait si remarquable de la timidité. Il y a à mon avis un malentendu dans l'interprétation des phénomènes de la timidité. On note à ce propos, camme le remarque très bien M. Hartenberg, une transformation de la conduite : le timide prend des attitudes factices, il devient bourru, hautain, agressif même[1], les sentiments eux-mêmes sont arrêtés, métamorphosés. « J'ai, dit Marie Bashkirtseff, des pudeurs qu'on ne s'expliquera peut-être pas, je ne voudrais pas qu'on me surprît aimant, admirant quelque chose, enfin j'ai honte d'être surprise manifestant un sentiment sincère, je ne puis m'expliquer cela. » On attribue toujours ces arrêts, ces métamorphoses à l'émotion d'intimidation, on les considère comme des résultats des palpitations, des étouffements, etc. Pourqui ne pas admettre que ces phénomènes d'arrêt psychique sont tout naturels au moment où le phénomène devient infiniment plus difficile à cause de la présence des témoins. Avoir une émotion sincère devant dix personne est un acte différent, bien plus difficile que celui d'avoir la même émotion quand on est seul. Il est plus complexe, demande une plus grande puissance de synthèse, une plus haute tension psychologique. Il suffit d'admettre que l'individu, pour une raison antérieure quelconque, est déjà un psychasthénique, et on com-

1. Hartenberg, *Les timides et la timidité*, p. 89.

prendra qu'il ne puisse pas parvenir à cet acte, à cette émotion supérieure. C'est alors que les diverses angoisses interviendront comme de simples phénomènes de dérivation.

Enfin nous retrouvons ce mécanisme de l'angoisse dans les accidents déterminés par l'effort d'attention. M. Sante de Sanctis sous ce titre : « un trouble spécial de l'attention chez un dégénéré », fait la remarque suivante : « Loin de rendre la perception plus distincte, l'attention rendait la perception obscure, confuse, jetait le chaos dans l'esprit du sujet et amenait une grande angoisse[1]. » Cette observation sur l'effort d'attention qui amène l'angoisse peut se répéter presque expérimentalement sur une dizaine de nos malades. Mais chez tous, on observera les deux faits suivants : 1° l'angoisse ne se développe que si l'attention est impuissante et n'arrive à constituer aucune idée ni aucune croyance ; 2° si en aidant, en encourageant le sujet on le pousse à dépasser ce point, si on réussit à fixer son attention, à la rendre capable de percevoir le réel, l'angoisse disparaît : elle n'était qu'une dérivation en rapport avec l'insuffisance des phénomènes supérieurs,

Les émotions ont un effet analogue : Dob... parle exactement comme Lise, sauf qu'il s'agit chez elle d'excitations viscérales et non de travail mental inférieur : « c'est toujours à propos d'une petite émotion, dit-elle, que l'angoisse devient énorme. Cette petite émotion devrait être le plaisir d'une rencontre, une surprise, une frayeur même. Mais non, mon émotion ne se développe pas ; car tout de suite, j'étouffe, mon cœur bat, mes jambes flagcollent, je sens ma tête s'égarer et je suis prise par cette terreur de devenir folle, qui est toujours suspendue au-dessus de moi comme une épée de Damoclés. » On répéterait les mêmes observations chez Ul..., chez qui tout effort et toute émotion se transforment en angoisse et chez beaucoup d'autres dont nous avons cité des des exemples.

J'ai insisté sur cette interprétation de l'angoisse et j'ai ajouté de nouveaux exemples de la transformation de ces phénomènes psychologiques supérieurs en angoisses à tous ceux que j'avais déjà cités, car je considère cette question comme très intéressante en psychiatrie. On fait jouer un rôle considérable à l'*émotivité*; mais on ne paraît pas se rendre bien compte de ce qu'est l'émoti-

1. Sante de Sanctis, *Bolletino della Soc. lanciana degli Ospedali di Roma*, XVI, 1897, p. 2.

vité. Il ne faut pas se borner à en faire une exagération de l'émotion normale. Car il en résulterait que les émotifs ont une supériorité sur les individus bien équilibrés, qu'ils sont capables de plus de finesse et de délicatesse dans les sentiments. Or cela n'est pas exact, l'individu considéré au point de vue pathologique comme un émotif n'a pas une sensibilité morale plus délicate, il a au contraire des émotions inférieures et plus grossières. Ce qui le caractérise, c'est qu'il est un faible, un insuffisant, non seulement au point de vue de la volonté ou de l'attention mais souvent même au point de vue de la sensibilité morale, de l'émotion elle-même. L'émotivité n'est chez lui qu'une disposition à remplacer les phénomènes supérieurs par de grossières excitations viscérales.

4. — *La dérivation dans la rumination mentale.*

Les mêmes observations peuvent être faites à propos de la rumination mentale qui n'est qu'une dérivation vers des phénomènes mentaux d'ordre inférieur. L'essentiel de la rumination mentale, c'est ce développement de pensées sans valeur réelle, sans rapport à l'action, sans certitude, en relation avec le passé, l'avenir ou l'imaginaire et non avec le présent. Ces pensées, étrangères à notre personne, à notre présent, à notre action, semblent n'avoir aucune liberté, être imposées du dehors. Elles ont donc tous les caractères des phénomènes inférieurs de basse tension.

Cette agitation mentale qui remplace « l'attention à la vie » me paraît d'une grande importance : son étude permettra de comprendre bien des phénomènes qui excitent à tort l'admiration. On a beaucoup parlé récemment de la prétendue excitation mentale des mourants[1], de leur vue panoramique du passé et on en a cherché bien des explications. Sans pouvoir insister ici sur ce point, je signale en passant cette hypothèse simple : cette prétendue excitation ne survient-elle pas au moment ou par le choc, par l'asphyxie, la conscience est très abaissée, au moment où les efforts réels pour se sauver sont impuissants et supprimés et ne pourrait-elle pas être un fait analogue au mentisme, à la rumination, c'est-à-dire une dérivation de l'activité mentale dont la tension est abaissée vers des phénomènes très inférieurs ?

1. Egger, *Revue philosophique*, 1896, I, p. 28.

C'est surtout dans l'étude de nos malades que l'agitation mentale se présente comme une simple dérivation. Nous le constatons encore chez les timides : pourquoi donc M. Hartenberg[1] n'admet-il pas de timidité intellectuelle ? « Il faut, dit-il, qu'il y ait toujours dans la timidité une émotion objective organique. » Ce n'est point mon avis : l'essentiel de la timidité, ce n'est pas la forme de la réaction consécutive à la suppression de l'acte, c'est l'aboulie sociale, c'est-à-dire la suppression ou la réduction de l'acte quand il doit être accompli devant des hommes, et il y a des timides à dérivation individuelle. « Je veux être bonne, dit Nadia, je veux être aimable, être polie, et je ne peux pas. Je pense toujours aux conséquences, c'est ce qui me paralyse : il me prend des envies de rêver, de me plaindre vaguement du destin toujours contre moi ; je me mets à rechercher si j'ai été polie la dernière fois avec cette personne. Et en rêvant à tout cela, je reste aujourd'hui devant elle sans rien dire, glacée, paralysée et très impolie. » La même personne joue très bien du piano quand elle est seule, mais elle ne peut jouer devant quelqu'un « parce que son esprit est distrait de la musique par le souvenir d'une foule de serments et de promesses ». Mw... ne peut pas monter à bicyclette s'il y a quelqu'un d'étranger avec elle « parce qu'elle est obligée de faire des serments à chaque arbre, à chaque poteau télégraphique qu'elle traverse ». On retrouve dans ces paroles la même interprétation fausse déjà signalée : c'est l'acte réel qui n'est pas accompli dans sa plénitude et c'est la rumination qui vient ensuite comme dérivation.

Il en est de même si on examine les efforts d'attention. Jean est au travail et essaye de s'intéresser à ce qu'il lit, il fait effort, il se tend pour ainsi dire, il est probable que la tension de son système nerveux augmente, il va comprendre et apprendre quelque chose, c'est à ce moment qu'il se produit une fuite et que les évocations psychiques, le fou rire cérébral, les conjurations contre le mauvais sort se déchaînent d'une manière irrésistible « C'est drôle, dit Red..., depuis quelque temps que je ne peux plus faire attention et mes idées n'ont aucune suite. Je ne suis tranquille que si je ne cherche pas à faire attention. A l'église j'essaye de prier avec attention et confiance, et voici que ma foi s'ébranle. Je me demande s'il est vrai que Dieu voit tout ce que

1. Hartenberg, *Les timides et la timidité*, p. 181.

je fais ; je me demande pourquoi les descendants d'Adam et d'Ève ont une nature si différente de celle de leurs premiers parents? Pourquoi dégénérons-nous puisque nos premiers parents étaient bons? Que sera-ce alors dans les temps futurs? Pourquoi Dieu nous a-t-il rendus responsables des fautes d'Adam et d'Ève? J'ai l'impression que je tombe dans le fatalisme, qu'un destin pèse sur moi et m'empêche de penser comme je le veux. Et moi qui voulais simplement faire une petite prière et me sentir confiante! » On a remarqué avec raison qu'il y a dans ces phénomènes une exagération de l'association par contraste[1]. Mais l'exagération de cette association est déjà une marque d'activité mentale inférieure qui se substitue à une activité de tension plus élevée.

Enfin je rappelle seulement ce qui a déjà été longuement démontré, c'est que l'émotion qui s'arrête se transforme en rumination. Lise raconte très bien comment toute émotion, un ennui ou même un plaisir, détermine ses rechutes. « Cela commence par une petite émotion, on dirait qu'elle va grandir mais tout d'un coup elle s'arrête, elle ne va pas jusqu'à moi, il me semble qu'elle disparait et je reste plongée dans mes idées. » C'est cette même malade qui, dans les douleurs de l'accouchement, ne trouvait qu'une seule chose de terrible, les interminables idées que ces douleurs amènent avec elles.

Pour montrer que dans ces cas, la rumination mentale est la conséquence de l'arrêt des phénomènes primaires, attention ou émotion réelle, il faudrait répéter les mêmes arguments que précédemment. Cette rumination ne survient que si le phénomène primaire s'arrête et on peut toujours constater avant qu'elle ne survienne des signes de cet arrêt. Nous avons montré que le sentiment de « déjà-vu » est un signe de cette absence de réalité dans la perception, on a souvent noté que ce sentiment est suivi par de l'agitation mentale : « Pendant un moment, dit M. Lalande, j'ai eu l'impression que j'avais déjà vu tout cela et il se produisit dans mon esprit un tel tourbillon de souvenirs et d'images que je crus devenir fou[2]. » On note toujours ce tourbillon de pensées à la suite des doutes, des sentiments de dépersonnalisation[3].

Au contraire, si le phénomène primaire arrive à se développer,

1. Paulhan, *L'activité mentale et les éléments de l'esprit*, p. 342 (Paris, F. Alcan).
2. Bernard-Leroy, *L'illusion de fausse reconnaissance*, p. 126 (Paris, F. Alcan).
3. Dugas, *Revue philosophique*, 1898, I, p. 506.

il n'y a pas de rumination. Vk... ne peut agir que lentement, si on veut la presser, elle n'agit pas et tombe dans les ruminations, si elle peut agir lentement, elle fera l'acte et ne rêvera pas du tout. On a déjà vu que Wo... tombe dans les manies mentales si l'émotion est subite et par conséquent incomplète et qu'elle n'y tombe pas si elle a le temps de préparer et par conséquent « de réussir son émotion ».

Enfin, on est souvent frappé de la facilité avec laquelle un de ces phénomènes secondaires se transforme en un autre, tandis qu'il est impossible de les supprimer tous à la fois tant que le sujet reste psychasthénique. Si on empêche le sujet de ruminer ou s'il essaye lui-même de ne plus s'interroger, il tombe dans l'angoisse, comme s'il y avait là une excitation qui devait se dépenser d'une manière ou d'une autre. Claire remarque elle-même qu'elle a « un besoin fou de se tourmenter par une manie quelconque, je me demande quel tourment je pourrai bien prendre, je suis trop gênée quand je reste tranquille ». Red... avait des angoisses et des vomissements, et c'est quand ces phénomènes ont été supprimés qu'elle a pris ses manies de rumination mentale. L'observation la plus remarquable à ce propos à laquelle je renvoie est celle de Ku... A la suite d'une émotion elle tombe dans l'état psychasthénique avec aboulie, troubles de la perception du réel, apathie, etc. Pendant une première période de plusieurs mois, elle est tourmentée par des interrogations et son esprit travaille tout le temps, puis survient une seconde période de plus d'un an sans rumination mentale, mais avec des contorsions continuelles et des crises d'agitation que l'on prend bien à tort pour des crises d'hystérie. Enfin elle passe à une troisième forme de la maladie, quand elle n'a plus de crise convulsives, mais des troubles cardiaques, respiratoires, digestifs, une trémulation continulle du diaphragme et d'horribles angoisses. N'est-ce pas la même maladie qui a amené la dérivation sous les trois formes?

Je crois donc que l'on peut considérer ces crises d'agitations forcées non seulement comme une sorte de réaction du sujet contre la douleur produite par l'insuffisance psychologique du début, mais comme une dérivation dans laquelle se dépensent les forces qui n'ont pu être employées par la volonté, l'attention ou l'émotion initiale.

Ces crises sont donc vraiment caractérisées par l'abaissement,

la chute de la tension psychologique qui constitue leur début. Non seulement cette chute de tension détermine la lacune initiale si importante, mais elle amène encore tout le développement irrésistible consécutif; elles méritent bien le nom de crises de *psycholepsie*.

3. — *Interprétation des troubles systématisés.*

Quelle que soit l'importance qu'on accorde à ces grands phénomènes généraux qui remplissent les crises de psychologie, les sentiments d'incomplétude, et les agitations forcées, il est évident que l'interprétation de ces faits nous laisse assez loin de l'obsédé et du phobique, tel qu'il se présente le plus couramment quand la maladie est avancée.

Les phénomènes précédents ont le grand caractère d'être vagues et diffus, ce sont des affaiblissements de toute la pensée, une faiblesse générale de la volonté et des sentiments, des mouvements exagérés et désordonnés, des rêveries continues et innombrables, des émotions de tout l'organisme. Or, en pratique un très grand nombre de sujets protestent quand on interprète ainsi leur maladie : « ils ne sont pas, disent-ils, incapables de toute volonté, ils savent agir dans beaucoup de cas et actuellement encore ils exercent une profession et dirigent leur ménage, ils n'ont pas dans leurs crises des agitations physiques ou morales diffuses. C'est une certaine action qui leur est devenue impossible, un certain mouvement qui se transforme en tic, une certaine opération mentale qui les tourmente par sa répétition, un certain objet qui provoque leurs angoisses et rien que lui. » En un mot à la forme diffuse de la maladie se surajoute la forme précise et systématique. Bien des auteurs sentent parfaitement que la forme systématisée sort de la forme diffuse. MM. Pitres et Régis ont beaucoup insisté sur ce point, mais la plupart se bornent à constater la transformation et ne cherchent guère à l'expliquer.

Dans cette systématisation de la maladie il y a deux aspects et deux formes différentes à considérer. Ce qui se précise d'abord c'est le phénomène primaire, point de départ de la crise de psycholepsie. Ce ne sont plus tous les actes, mais un acte

déterminé, qui est insuffisant et amène la dérivation ; c'est une certaine attention, une certaine croyance, un sentiment particulier qui s'arrêtent plutôt que les autres. Nous désignerons ce fait sous le nom de *spécialisation des insuffisances psychologiques*.

Ensuite, quand la dérivation commence, elle prend une forme déterminée, une manie mentale particulière se substitue à la rumination générale, un tic à l'agitation motrice, une phobie à l'angoisse diffuse, c'est ce que nous appellerons *la systématisation de la dérivation*.

1. — *La spécialisation des insuffisances psychologiques.*

Étudions d'abord le premier fait : comment se fait-il quand la volonté, l'attention, la sensibilité baissent d'une manière générale, qu'un certain acte soit le seul à manifester cet abaissement ? Je répondrai d'une manière générale que c'est tout simplement parce que cet acte est par nature ou qu'il est devenu par accident le plus difficile de la vie du malade.

Pour le comprendre, il faut se souvenir d'une notion générale aussi importante que celle de la hiérarchie des phénomènes, c'est que toutes les actions ne présentent pas toujours la même difficulté et n'exigent pas toutes pour être suffisantes le même degré de tension. L'homme n'a pas besoin de dépenser toujours son maximum d'effort, il n'est pas nécessaire qu'il atteigne perpétuellement les termes les plus élevés de la hiérarchie mentale, même quand il est capable de le faire. Ce que nous avons dit de l'acte proprement volontaire, de la décision, de la croyance, du sentiment profond adapté au réel est vrai de certains actes parfaits et non pas de tous. Nous agissons très souvent sans avoir besoin de prendre à chaque instant des résolutions volontaires, des décisions nouvelles qui transforment notre vie ; nous pensons sans avoir besoin de choisir à chaque instant entre des croyances et des négations. Il en est ainsi même pour la perception du réel : il ne faudrait pas croire que ce travail considérable, tel qu'il a été décrit, s'effectue à chaque instant dès que nous ouvrons les yeux. Il se fait de temps en temps et il nous laisse un souvenir suffisant pour que l'impression de réalité subsiste malgré une perception réduite à des traits essentiels. On l'a dit bien souvent, nous percevons par symboles : un signe, une image nous suffisent pour reconnaître une personne et il nous suffit de savoir vague-

ment qu'avec un peu d'attention nous amènerions cette perception à un degré complet de certitude et de réalité. Cette simple idée nous suffit pour nous rassurer et nous faire attribuer à toute la perception le caractère de réalité. En un mot ce n'est que dans certains phénomènes que se manifeste cette tension psychologique complète qui est parfaitement inutile dans les autres.

Il en résulte une conséquence curieuse, c'est qu'un individu peut être psychasthénique très longtemps sans s'en douter : il n'amène pas les phénomènes à leur dernier terme, mais comme il n'en a pas besoin, il ne cherche pas à le faire et ne se rend pas compte qu'il a perdu ce pouvoir. A quel moment va-t-il s'apercevoir de cet abaissement du niveau mental ? Quand les circonstances vont le mettre en présence d'un phénomène qui exige cette tension supérieure; il est donc tout naturel que le sentiment d'incomplétude ne survienne qu'à propos d'actes déterminés.

Quels sont ces actes ? Ceux qui par nature sont les plus difficiles pour les hommes, et il faut mettre au premier rang, ainsi que je le répète sans cesse, les actes sociaux, ceux qui supposent la considération des hommes présents et de leur sentiment à notre égard. Cette préoccupation des sentiments que les autres hommes peuvent avoir à notre égard ajoute immédiatement à l'acte que nous faisons une complication énorme et demande une tension nerveuse infiniment plus considérable ; c'est pourquoi la timidité qui n'est que de l'aboulie sociale, l'intimidation qui n'est qu'une dérivation émotionnelle à la suite de cette aboulie sociale vont être les premiers phénomènes que l'on va rencontrer. Nous avons vu dans des cas très nombreux que tous les accidents ne commençaient qu'en présence de la société. La peur de la rougeur, la honte des moustaches, la honte des mouvements du corps, les sentiments variés de honte à propos du corps, des mains, des pieds, de la poitrine, des boutons sur le nez, de la figure, des convulsions des yeux, tous ces troubles innombrables que nous avons énumérés ne commencent qu'à l'occasion d'actes sociaux : toutes ces personnes, quand elles sont seules, ne présentent plus aucun de ces accidents.

Dans certains cas, la différence entre les actes se précise admirablement : Dev... joue très bien de son instrument quand il est seul dans sa chambre et il cesse de pouvoir en jouer quand il fait partie de l'orchestre de l'Opéra. On appelle cela la phobie de l'orchestre, c'est d'abord l'aboulie de l'orchestre. Bien des

malades comme Nadia, Cui..., ne peuvent plus manger à table, mais mangent en cachette. On a été très surpris de voir Vr..., cette femme couchée sur son lit depuis un an à cause d'une prétendue douleur à l'utérus, se lever en cachette et marcher dans sa chambre quand elle croyait qu'on ne la voyait pas. Ces faits font toujours accuser les malades de simulation, ils me paraissent pourtant bien simples : jouer à l'orchestre, manger avec les autres, c'est surmonter une foule de gênes, c'est négliger les sentiments qu'inspirent les regards braqués sur nous, c'est reconnaître nettement et réellement que l'on s'est trompé en refusant de jouer ou de manger depuis six mois. Se lever de son lit et marcher devant des témoins, c'est avouer ouvertement que l'on n'a aucune maladie, que l'on peut prendre une décision demandée depuis longtemps, c'est en fait se résoudre à prendre cette décision. Au contraire, pour jouer seul, manger et marcher en cachette, on peut beaucoup plus rester dans l'indécision, on se dit à soi-même que ces quelques bouchées et ces quelques pas ne signifient pas grand'chose, on les accomplit avec beaucoup moins d'attention en leur donnant beaucoup moins d'importance, c'est-à-dire beaucoup moins de réalité ; c'est pourquoi quand la tension psychologique est abaissée on peut encore faire l'acte seul ou en cachette et on ne peut plus le faire devant des témoins.

Parmi nos différentes actions, celles qui sont aussi très difficiles sont celles qui impliquent l'isolement, l'abandon loin de nos protecteurs naturels et surtout celles qui impliquent la lutte contre nos semblables. Faire une action au milieu d'intimes, de parents et d'amis que l'on sait tout disposés à la sympathie et à l'indulgence, en qui on est certain de trouver, le cas échéant, un point d'appui est infiniment plus facile que de faire le même acte au milieu d'indifférents et à plus forte raison au milieu de concurrents hostiles. La surveillance de nous-mêmes, la complexité de l'acte, le degré de tension est absolument différent. Or, il y a à ce propos une distinction tout à fait inévitable dans la vie des hommes, c'est l'opposition de la vie en famille, chez soi, dans l'appartement clos dont on connaît tous les coins et de la vie au dehors, en public, dans la rue. Un individu très bien portant, dont la force psychologique dépasse de beaucoup la tension exigée par des actes difficiles, ne s'aperçoit pas de cette différence :

marcher dans sa chambre, fumer une cigarette dans sa chambre, ou bien marcher dans la rue et fumer dans la rue, lui paraît absolument équivalent; il ne sent même pas qu'il y a un peu plus d'attention, de perception d'objets nouveaux, de surveillance de soi-même dans le deuxième acte que dans le premier. Mais nos débiles vont le sentir tout de suite : Wya... ne peut plus fumer quand il est dans la rue, quoiqu'il n'ait pas d'obsession à ce sujet, cela le gêne tout simplement. La rue est en effet, depuis l'origine de l'humanité, le lieu, le symbole de l'isolement et de la lutte, c'est la vie publique opposée à la vie privée. Serons-nous surpris alors de voir que les actes, les attentions, les sentiments dans la rue vont être le point de départ de beaucoup de grandes crises de psycholepsie.

Les uns vont être frappés par le sentiment de l'isolement : c'est ce qui fait qu'ils veulent dans la rue un soutien quelconque, qu'ils suivent un passant pour traverser les places, qu'il leur faut avec eux un enfant, un chien ou simplement un parapluie. Les autres vont avoir le sentiment de la lutte : c'est dans la rue qu'on les regarde, qu'on les surveille, qu'on les critique et ils consentiront à marcher la nuit et non le jour. D'autres encore auront le sentiment des dangers de la rue, c'est dans la rue qu'on est exposé à toutes sortes d'accidents qui n'arrivent pas chez soi : W..., Lf... (92) par exemple, ont peur des voitures, des gens qui tombent du haut d'une échelle, des sergents de ville qui arrêtent si on fait des sottises, etc. Quand on observe le début des agoraphobies, on voit très bien cette spécialisation progressive des insuffisances. Dob... (86) est une enfant timide, qui avait horreur de parler à quelqu'un : au début c'était une timidité générale, une aboulie sociale. Son premier accès est survenu à l'âge de onze ans quand sa mère l'a envoyée faire une commission dans une boutique : elle croyait s'y trouver seule avec la patronne, elle y a rencontré une autre cliente, de là « cette émotion qui lui a desséché le cerveau, » le sentiment d'abaissement, d'étrangeté, d'angoisse morale, etc. Plus tard l'accident est survenu, quand elle croisait dans la rue une personne un peu connue ; et enfin il survient simplement par la rue elle-même. C'est l'aboulie sociale qui est le point de départ de ces différentes formes d'agoraphobie.

Si nous continuons cette étude, nous rencontrons un acte

extrêmement difficile à tous les points de vue, c'est le mariage et les actes génitaux. Tout se mêle ici pour faire de ce phénomène une des actions les plus complexes ; nouveauté presque toujours très grande de la personne qu'on épouse, complexité des visages et des caractères d'une famille nouvelle, gravité de l'acte et de ses conséquences, préoccupation de l'avenir, etc., etc. Les personnes les plus normales éprouvent à ce moment des sentiments d'effort et de tension. Est-il surprenant que nos abouliques manifestent à ce moment d'une manière remarquable leur faiblesse. On ne peut énumérer tous les cas où les crises de folie du doute, d'angoisse, d'agitation commencent avant ou après le mariage. On connait le malade qui se demande si sa fiancée est jolie, si elle n'a pas dans la figure un trait dur auquel il ne pourra pas s'habituer, la jeune fille qui a la manie de s'interroger pour savoir si elle aime assez son fiancé, ceux qui ont des terreurs en songeant aux devoirs de la famille, qui se croient incapables de les remplir, ceux qui craignent de n'avoir aucune ressource, les jeunes gens et les jeunes filles qui examinent leurs organes génitaux, qui les croient insuffisants, les impuissants, les femmes à vaginisme, etc. : c'est toute une légion de psychasthéniques qui spécialisent leur insuffisance à l'acte du mariage.

On ne sera pas surpris si je rapproche l'acte génital des actes sociaux. Il exige pour être normal la présence d'une autre personne, d'une personne différente, il fait naître des gênes et des timidités, il est fortement émotionnant, il est dangereux par ses conséquences, il est représenté comme immoral : c'est assez pour qu'il devienne extrêmement complexe, et qu'il exige à ce moment une forte tension vers le réel. Cette tension est encore plus marquée dans l'orgasme vénérien, l'une des plus fortes émotions du présent.

Il en résulte que les troubles de l'acte génital vont être innombrables chez ces abouliques : la masturbation solitaire n'est peut-être qu'une première forme des aboulies sociales. L'impuissance à l'acte génital normal, la chasteté excessive à un âge avancé chez des individus qui semblent se conduire normalement est déjà quelquefois un signe de psychasthénie. M. Guyon signalait le début tardif des rapports génitaux chez tous les *rateurs*. Nous ne serons pas surpris de voir se développer toutes sortes de phobies et d'algies par rapport aux organes sexuels associées avec un acte qui est si souvent incomplet. Les hyperesthésies du

gland chez Jean, la terreur des odeurs génitales chez Wy..., la phobie des femmes, etc., tout ce groupe de phénomènes a le même point de départ. Si l'acte s'accomplit tant bien que mal, il ne va pas jusqu'à son terme psychologique, le sujet en gémit et nous avons toutes les manies de perfection par rapport au coït qui troublent tant de femmes, et qui amènent même des idées de persécution contre le mari. Il y a dans tous ces faits une spécialisation très naturelle de la psychasthénie.

Si nous passons à un autre groupe nous allons retrouver les mêmes remarques à propos d'actions toutes différentes, des actions professionnelles, en y comprenant bien entendu les attentions et les sentiments qu'exige la profession. Il y a encore à ce point de vue un préjugé formé par l'opinion commune des gens bien portants, c'est que la profession est la partie banale, habituelle, facile de la vie et que la volonté se dépense bien plus en dehors : cela n'est juste que dans les cas exceptionnels. L'homme du commun dépense les neuf dixièmes de sa force dans sa profession. Quand il est en dehors, il ne fait plus aucune espèce d'effort et il est curieux de remarquer comment il n'apprend plus rien, ne cherche plus rien, comme il répète les mêmes plaisanteries banales en se laissant aller visiblement à un véritable automatisme, dès qu'il a cessé le travail exigé par son métier. C'est dans sa profession au contraire qu'il est actif, attentif, qu'il a des émotions justes, qu'il lutte contre les concurrents, qu'il s'adapte au présent. Il en résulte que dans tous les affaiblissements de l'esprit c'est l'acte professionnel qui est le plus difficile pour la plupart des hommes et c'est celui qui disparaît le premier. Nous avons vu bien des aboulies professionnelles, amener par dérivation des phobies professionnelles, aboulie de la couture et peur des ciseaux chez Nem... couturière, aboulie du métier et peur du rasoir chez Pt..., barbier, aboulie du métier et phobie du télégraphe chez Leh..., employé des postes. C'est aussi dans le métier que nous avons vu les manies mentales en quelque sortes professionnelles, l'aboulie du métier et la manie de l'oscillation chez Tr... qui fabrique des fleurs en porcelaine, l'incapacité de tenir des comptes et la manie de l'hésitation pour rendre de l'argent chez Rob,... caissière ; c'est là qu'on a vu également des tics comme dérivation de l'aboulie professionnelle. Le plus important de tous est la crampe des écrivains : Cr..., homme de 44 ans, « est dégoûté de

travailler au bureau, il voudrait être riche pour ne rien faire. » Si, par-dessus le marché, il a un ennui au bureau, il ne peut plus du tout écrire. An..., femme de 35 ans, n'a plus le courage de se mettre à ses copies, « ce travail lui paraît ridicule et honteux » : c'est l'insuffisance et le sentiment d'incomplétude. Elle s'aperçoit qu'elle ne peut plus tenir sa plume et qu'elle a des crampes dans la main : c'est la dérivation sous forme motrice. Ajoutons chez Lov... des phénomènes de timidité, car il peut écrire quand il est seul et non quand il est à la caisse, devant le public, et nous verrons comment la profession est dans bien des cas la raison d'être de cette spécialisation des insuffisances, simplement parce que c'est elle qui demande le plus de tension psychologique vers la réalité.

Aux phénomènes du groupe précédent que l'on peut d'ailleurs facilement augmenter, il faut joindre des actes, des attentions et des sentiments tout à fait différents. Leur difficulté n'est pas naturelle, elle ne résulte pas d'une complexité fondamentale des choses ; mais leur difficulté est en quelque sorte artificielle, elle résulte du sujet lui-même et de la façon dont il veut que cet acte soit opéré. Nous pouvons, en effet, comme je l'ai dit, accomplir les actions de diverses manières, soit d'une façon élémentaire sous la forme des actions désintéressées et par conséquent avec peu de tension, soit en faisant un effort pour les mener à la perfection psychologique, à la fonction du réel, et par suite avec une haute tension. Une opération qui est très facile, accomplie de la première manière peut devenir extrêmement difficile, si nous voulons absolument la faire de la seconde. Un enfant récite ses prières sans aucune difficulté, il se peut même qu'en raison de l'éducation, il y joigne un certain sentiment religieux, sans le chercher d'ailleurs ; mais se représente-t-on combien cette prière deviendrait difficile s'il voulait l'accomplir avec un sentiment de foi complète, une conviction à la fois raisonnée et sentimentale de l'existence de Dieu, de sa providence, etc.? Ce serait toute une philosophie, toute une religion, qu'il faudrait condenser dans son esprit en quelques instants.

S'il en est ainsi, on comprend que la spécialisation de l'insuffisance psychologique pourra se faire d'une manière en quelque sorte artificielle, si pour une raison quelconque le sujet faible est amené à vouloir transformer un certain acte qui se faisait facile-

ment d'une manière élémentaire et à vouloir le faire avec le maximum de perfection psychologique. Cela va arriver quand le sujet va être convaincu de l'importance exceptionnelle de cet acte. Comment se fait-il que les trois quarts de nos malades aient débuté par une crise de scrupule religieux au moment de la première communion? Qu'il y ait à ce moment un affaiblissement de l'organisme par la puberté, c'est possible; mais pourquoi l'aboulie ne se manifeste-t-elle si souvent que par l'impuissance à accomplir les actes religieux. ? Pourquoi ces enfants continuent-ils à pouvoir travailler, lire, apprendre, d'une manière à peu près convenable, quand ils prétendent ne plus être capables de suivre la messe ou de dire une prière? C'est qu'en réalité ils ont toujours très peu d'attention, que, s'ils voulaient bien le remarquer, ils n'arrivent ni à la conviction, ni au sentiment du réel dans aucune opération. Mais cela leur est indifférent, ils ne remarquent même pas que leur perception est troublée, parce qu'ils se contentent du souvenir des anciens sentiments de réalité qu'ils avaient eus autrefois; ils ne cherchent le sentiment actuel de confiance, de foi, de réalité que dans les actes religieux, parce que toute leur éducation, à ce moment-là, les a conduits à n'accorder d'importance qu'à ces actes. Il en résulte qu'ils cherchent au moment de la prière et à ce moment seulement une tension psychologique qu'ils ne peuvent pas avoir.

Il va en être ainsi toutes les fois que pour une raison quelconque l'attention du sujet sera attirée vers un certain acte, et qu'il cherchera dans cet acte une perfection psychologique qu'il ne cherche pas dans les autres. Wo..., après avoir eu des scrupules à propos de ses prières, présente des crises de psycholepsie à propos des comptes de ménage. Ces comptes sont d'ailleurs la terreur de bien des femmes (Kl..., Xyb..., etc.). C'est parce que « elle croit de son devoir de faire au moins cela de sérieux dans son ménage, qu'elle craint par sa distraction maladive de faire du tort aux pauvres fournisseurs », c'est à cause de cette attention qu'elle a des crises de quarante-huit heures parce qu'elle a peur d'avoir volé deux sous au Bon Marché. Elle n'arrive pas à la certitude dans les additions qui ont rapport à son ménage, pas plus qu'elle n'arrivait à la conviction dans les prières.

Une foule de mères de famille ont des phobies et des doutes relatifs à leurs enfants. Elles peuvent tout faire sauf de les soigner correctement, c'est à ce moment qu'elles se sentent insuffi-

santes et qu'elles ont des dérivations. C'est que pour une jeune mère l'acte de soigner un petit enfant ne se présente pas comme une opération simple, elle y joint toutes sortes de préoccupations imaginaires, de rêves d'avenir, de dangers possibles, de responsabilités, etc. L'acte n'est pas simplement le fait de baigner un enfant, c'est un acte qui devient complexe comme les actes sociaux par toutes les idées accessoires qu'il faut coordonner avec lui. Il en résulte qu'il devient extrêmement difficile, le plus difficile au milieu de la vie simple de ces femmes, et c'est lui seul qui manifeste leur faiblesse. Cette insuffisance spécialisée amène comme dérivation des troubles émotionnels, et l'on dira trop souvent que l'acte est difficile parce que ces femmes s'émotionnent. C'est le renversement des termes : pourquoi s'émotionneraient-elles ainsi sans raison toujours à propos du même acte, s'il n'y avait pas une inpuissance fondamentale pour un acte devenu difficile qui détermine cette dérivation.

On comprend que toutes sortes de circonstances puissent ainsi attirer l'attention sur certaines parties du corps, sur certaines fonctions du corps ou sur certaines opérations mentales. Chez un psychasthénique avec diminution générale de toutes les fonctions, une douleur quelconque va attirer l'attention sur un organe ou sur une fonction. Immédiatement cette fonction deviendra plus difficile, cessera de pouvoir se faire, et ainsi se précisera à ce moment cette angoisse qui était flottante. Un peu de pyrosis sera le point de départ des algies de l'estomac, une douleur intestinale des algies du ventre, des phobies de la défécation. Les hémorroïdes jouent un rôle capital dans les algies de l'anus. La pharyngite chronique fait naître la phobie du langage chez Bq...: une broncho-pneumonie donne les phobies de la respiration, une migraine les algies de la tête, le fait d'avaler de travers ou simplement de voir avaler de travers va amener peu à peu les phobies de déglutition. Combien de tics de la bouche sont dus uniquement à une mauvaise dentition, et combien de phobies vésicales et urétrales sont en rapport avec une malheureuse blennorrhagie.

Des circonstances extérieures peuvent jouer le même rôle, Mv... a la phobie d'être aveugle parce qu'elle a vu jouer un musicien aveugle, Ot... prend la terreur des petits bruits parce qu'il a entendu sa belle-mère croquer des dragées.

Il ne faut pas oublier que ces malades, par le fait de leur insuf-

fisance, ont déjà un état mental spécial, et qu'ils ont, comme on le verra, des manies mentales qui ne sont que la systématisation de l'agitation de leur esprit. Ces manies mentales les poussent à donner une attention excessive à certaines choses et vont contribuer à leur tour à spécialiser les actes, les croyances et les sentiments qui sont le point de départ des crises. On ne peut guère expliquer autrement le fait si général de la micromanie. Chez un grand nombre de ces malades ce ne sont pas les grandes choses et les graves actions qui déterminent des crises, ce sont les petits objets, les actes insignifiants, les petites taches de graisse, les bouts d'allumettes, les petits mots passés dans une prière, les petites distractions à table. Cette spécialisation de l'insuffisance à propos des petites choses me paraît tenir à deux raisons. C'est d'abord que les circonstances graves sont chez eux excitantes et relèvent leur niveau mental, tandis que les petites les laissent dans la dépression. C'est aussi que leur manie de la précision les pousse à attacher de l'importance à toutes ces petites actions, à chercher à leur propos une perfection et une certitude qu'ils sont incapables d'atteindre. C'est pour la même raison que les chiffres exercent une attraction sur eux, ils espèrent y trouver une certitude qu'ils n'ont pas ailleurs, et leurs efforts à ce propos n'amènent que des crises nouvelles. Il ne faut pas oublier leur manie d'association sur laquelle j'ai tant insisté, ils cherchent perpétuellement les phénomènes qui peuvent se rattacher à leur préoccupation et ainsi ils rendent ces nouveaux phénomènes plus difficiles.

Toutes ces études nous montrent donc que l'aboulie, le défaut de croyance, la fatigue de l'attention, ne sont générales qu'en théorie ; en pratique elles se manifestent davantage pour les opérations qui sont naturellement ou artificiellement les plus difficiles. Il en résulte que les insuffisances psychologiques se spécialisent à ces phénomènes et amènent uniquement à la suite de ces actions déterminées tous les accidents qui ont été considérés comme des dérivations.

2. — *La systématisation de la dérivation.*

Le principe de la dérivation nous a expliqué d'une manière générale comment les diverses agitations de l'esprit et du corps, les excitations viscérales qui forment les angoisses n'étaient que

des dépenses, des dérivations d'une force inemployée à cause de la suppression des phénomènes supérieurs. Cela ne suffit pas pour rendre compte des formes toutes particulières que prennent dans chaque cas déterminé ces dérivations.

Quelquefois ces dérivations restent vagues et diffuses, on a vu la fuite des pensées, le mentisme qui correspond à l'excitation diffuse de la pensée, l'agitation motrice indéterminée et l'angoisse diffuse, mais le plus souvent des manies mentales, des tics, des phobies spéciales remplacent ces agitations diffuses. L'opération qui joue le rôle de dérivation reste inférieure, mais elle prend une apparence systématique toujours la même, c'est ce que j'appellerai la *systémation de la dérivatisation*.

Cette systématisation me paraît se former assez facilement par la simple évolution de la maladie, elle résulte de trois principes généraux qui déterminent la nature des phénomènes du psychasthénique.

La première raison de cette systématisation me paraît être simplement la prédisposition individuelle : chacun de ces sujets réagit à la maladie d'une manière particulière suivant sa nature et son éducation. Ainsi il m'a semblé que l'on rencontrait plus d'angoisses et de phobies chez les malades de l'hôpital ayant peu d'éducation intellectuelle et que l'on rencontrait plus de manies mentales chez les malades de la ville habitués aux exercices de l'esprit. De même on rencontre plus de tics chez les sujets jeunes que chez les sujets âgés.

Le second principe est le principe de l'habitude. Ball disait autrefois [1] : « La folie du doute est essentiellement caractérisée par une sorte de prurit cérébral, que rien ne peut satisfaire, la répétition des mêmes actes, des mêmes questions et des mêmes pensées tient à un phénomène organique qui ramène sans cesse les mêmes impressions. » Cette réflexion est très juste et nous aurons à l'utiliser encore en parlant des obsessions. L'état pénible déterminé par l'insuffisance psychologique est toujours le même, et chaque fois qu'il se représente il dispose le sujet à recommencer exactement les mêmes pensées. Cela est d'autant plus vrai que le psychasthénique, dans cet état, est plus que jamais un individu sans volonté, incapable de modifier son état mental et d'échapper à la tyrannie des impressions qui ramènent les

1. Ball, *Revue scientifique*, 1882, II, p. 46.

mêmes idées. Précisément parce qu'il est toujours très disposé à céder à l'habitude ; il y obéit plus que jamais dans les dérivations et quand il a commencé une fois une crise d'une manière il y a bien des chances pour qu'il fasse toutes les autres sur le même modèle.

Le troisième principe sera celui de la meilleure adaptation possible : il est nécessaire de l'expliquer davantage. Le point de départ de la crise est une action insuffisante et cette adaptation incomplète s'accompagne de sentiments d'incomplétude extrêmement pénibles. Il y a là un état d'inquiétude très douloureux, qui pousse le sujet à chercher par tous les moyens possibles à en sortir. Cette douleur ne nous a pas paru être suffisante pour déterminer à elle toute seule toute la dérivation ; mais l'agitation mentale et physique existant réellement, cette douleur que ressent le sujet doit jouer un rôle pour la diriger en tel ou tel sens. Le sujet est mal à son aise et en même temps son esprit est agité, se remplit de pensées de toutes espèces. Dans quel sens vont se diriger ses pensées ? Les pensées vont être orientées vers la considération de ce malaise et vers la recherche des moyens pour en sortir ; les agitations vont être dans la mesure du possible, un effort pour parvenir à l'adaptation complète. Elles n'arrivent pas au résultat à cause de l'insuffisance mais elles vont être aussi près que possible de cette adaptation.

Il en résulte que, sauf dans les cas de grande confusion, les dérivations vont toujours avoir un certain rapport avec le phénomène primaire qui n'a pas pu être achevé. Si le point de départ est un acte insuffisant, il y aura dans la dérivation des efforts intellectuels et physiques en rapport avec l'acte. S'il s'agit d'une idée sur laquelle la certitude a été impossible, il y aura un travail en rapport avec la recherche de la certitude ; c'est là ce qui donne naissance à des tics et à des manies particulières.

Le premier de ces principes semble déterminer d'une manière générale la disposition aux grandes catégories de réaction. Il est bien difficile d'expliquer autrement que par des dispositions individuelles la manière dont un homme réagit à l'inquiétude, soit par des agitations physiques, soit par des angoisses viscérales, soit par des ruminations mentales. Nous retrouverons davantage l'application des deux autres principes dans les formes particulières que prennent chacune des réactions.

Les angoisses présentent peu de systématisation, les différences qu'elles présentent tiennent plutôt à la différence des objets qui servent de point de départ à la crise, différence que nous avons étudiée sous le nom de spécialisation de l'insuffisance. Ainsi, les algies forment un groupe de phénomènes assez distinct, leur caractère distinctif n'est pas dû à une modification de l'angoisse fondamentale, mais à l'association de cette angoisse avec les sensations provenant d'une partie déterminée du corps. Il en résulte que les algies sont ou peuvent être plus continues que les autres phobies, puisque leur cause est toujours présente. On peut dire aussi que cette intervention d'une partie du corps détermine quelque modification du phénomène : les angoisses liées avec des sensations cutanées comme dans les diverses dermatophobies contiennent plutôt du prurit, celles qui sont liées avec les sensations fournies par la poitrine ou par le cœur donnent une place plus importante aux étouffements, celles qui sont en rapport avec les organes sexuels renferment souvent des sensations spéciales d'excitation, comme on l'a vu, dans la maladie de Jean. La systématisation ici se rapproche beaucoup de la spécialisation.

Dans les diverses phobies intervient aussi beaucoup la pensée de l'acte qui sert de point de départ. Quelquefois il y a au début un sentiment particulier d'incomplétude qui donne à l'angoisse une nuance spéciale, les agoraphobes ont souvent avec leurs angoisses le sentiment d'être isolés, d'être absolument seuls au monde, d'être en dehors de l'univers (Cas...). D'autres sentiments d'humiliation (Vof...), de crainte, de colère, peuvent modifier l'angoisse fondamentale. Je remarque en effet que chez quelques personnes, comme Cos... (177), femme de 44 ans et Vod..., probablement à cause d'un caractère irritable antérieur, l'angoisse donne au sujet l'impression qu'il est en colère. Ce fait est loin d'être insignifiant à cause des obsessions que le sujet ne va pas tarder à en tirer.

Enfin dans certains cas, le malade prétend éprouver une émotion tout à fait spéciale. Nous avons vu la description singulière de ce que Lac... appelle « l'émotion du chien enragé », émotion qui vient remplacer tous les sentiments en rapport avec la réalité. L'analyse de cette émotion du chien enragé nous montre cependant les mêmes troubles de la respiration et du cœur « une crispation des nerfs, un petit tournoiement du ventre et le sentiment qu'un chien lèche le bout des doigts ». Il n'y a guère en réalité que cette dernière sensation qui soit bien spéciale. C'est une

interprétation intellectuelle, comme on en verra dans l'étude des obsessions, qui vient systématiser l'angoisse.

Les manies mentales sont le phénomène de dérivation le mieux systématisé et qui semble présenter la plus grande variété. Cette systématisation me paraît dépendre du troisième principe : l'effort vers la meilleure adaptation possible. Si au point de départ de la crise il s'agit d'une action à accomplir le sujet gardera l'habitude d'avoir un certain nombre de ruminations qui concernent les actes, il présentera la manie de la délibération, toutes les manies qui ont rapport aux précautions et aux procédés, la manie de la lenteur, la manie de la répétition, du retour en arrière, la manie de la perfection, de surveillance de soi-même, la manie des serments, etc.

S'il s'agit d'un acte négatif, c'est-à-dire d'une action à repousser, ces mêmes manies présenteront une légère variante : ce seront surtout les manies de compensation, les manies de réparation, les pactes pour se menacer de quelque danger si on se laisse aller à l'action, les manies d'expiation et de conjuration.

Si au début de la maladie il s'agit surtout d'idées, de croyances, d'efforts d'attention qui n'aboutissent pas, nous rentrerons dans le groupe des manies de précision ; ce seront les manies de la répétition, de l'ordre, du contraste, du symbole, qui joueront le plus grand rôle. Dans ces manies à point de départ intellectuel il faut encore tenir compte de ce fait que l'esprit se préoccupe davantage du passé, du présent ou de l'avenir. S'il s'agit du passé, nous aurons des interrogations, des recherches indéfinies du souvenir, des manies de remémoration ; s'il s'agit du présent, nous aurons les manies d'interrogation du sort. S'il s'agit de l'avenir, surviendra la manie des présages, des pressentiments, etc. Une inquiétude plus grave au point de départ, chez un esprit plus cultivé, donnera lieu aux manies des explications et aux manies de l'infini.

Or, les malades sont plus ou moins disposés à penser de telle ou telle manière : nous avons déjà remarqué comme un fait singulier que Xyb... vit toujours dans le passé et Mw... dans l'avenir. Il en résulte tout naturellement que la forme de leurs manies sera un peu différente et se systématisera dans tel ou tel sens. Bien entendu le même sujet peut passer par la plupart des manies et, suivant qu'il s'agit d'une hésitation sur un acte ou d'une absence de croyance, il aura la manie des procédés ou la manie des interrogations ; mais

il arrive très souvent que les premières crises établissent d'une manière à peu près définitive la forme des manies et que plus tard les crises nouvelles, même déterminées dans d'autres conditions, conservent sous l'influence de l'habitude la forme des premières.

Les tics sont des dérivations motrices systématisées, ce sont de petits mouvements qui reproduisent en les réduisant certains actes. La raison principale de cette systématisation me paraît être dans les manies mentales précédentes qui accompagnent toujours au moins en germe le développement des tics. Le premier groupe, le plus simple, est celui des efforts, ce sont des crises de grande agitation qui ne sont que légèrement systématisées par une idée directrice, celle de faire un effort. On voit là ce travail pour parvenir à l'adaptation sur lequel j'ai insisté. Nous trouvons ensuite les tics de perfectionnements qui sont tous inspirés par les manies de précision, comme on le voit dans les tics de se tâter, de se toucher le corps, de remuer les yeux pour savoir s'ils sont égarés (Ul...), de secouer la tête pour savoir si on y a du mal.

D'autres sont en rapport avec la manie du symbole « fermer le poing c'est comme si je disais : je ne crois pas en Dieu » (Lod...), « se gratter le nez, c'est comme si on se laissait aller au plaisir génital » (Jean). Un très grand nombre de tics sont en rapport avec la manie des procédés comme les éructations de Rai... qui veut ainsi mieux respirer.

Nous avons vu ensuite les tics de défense, les mouvements pour repousser, le petit « hem, hem », pour cracher une épingle de la gorge, l'écartement des jambes de Jean pour lutter contre la masturbation, les manies de compensation et de réparation y jouent un grand rôle.

On pourra facilement appliquer ces quelques principes à la description des nombreuses manies et des tics que nous avons cités. On verra toujours comment l'effort du sujet, pour échapper aux sentiments d'incomplétude, se combine avec la situation donnée pour former cette systématisation.

4. — *L'interprétation de l'idée obsédante.*

Pour terminer l'étude de ces théories pathogéniques, il ne

nous reste plus qu'un dernier problème, c'est celui de l'idée même qui est obsédante, du contenu de l'obsession proprement dite. Ce n'est plus une opération mentale qui se répète, une agitation motrice ou viscérale, c'est une idée bien précise, représentant dans l'esprit du sujet un objet ou un fait déterminé. Comment les malades en arrivent-ils à concevoir cette idée et comment prend-elle dans leur esprit les caractères qui en font une obsession psychasthénique.

1. — *L'origine endogène du contenu des idées obsédantes.*

Les théories intellectuelles et émotionnelles étaient disposées à rattacher le contenu de ces idées obsédantes à une action du monde extérieur sur le sujet, à les considérer comme *exogènes*.

Il me semble que ces obsessions ne présentent pas une diversité suffisante pour que l'on puisse les rapporter aux événements extérieurs qui ont pu de bien des manières émotionner les sujets. Au fond toutes ces idées se ramènent à un petit nombre d'obsessions fondamentales que j'ai essayé d'énumérer au début sous ces titres : obsessions de sacrilège, de crime, de honte de soi, de honte du corps, de maladie. Ces obsessions fondamentales contiennent toutes des pensées relatives à la personne, aux actes, aux idées, au corps, plutôt que la représentation d'objets et d'événements extérieurs. Il n'en est pas du tout de même chez les individus qui, comme les hystériques, ont des idées obsédantes venant du dehors, en rapport avec des suggestions ou des causes émotionnantes. Là ce sont les objets et les événements qui prédominent, obsession de l'incendie, de l'amant, de la figure du père ou de la mère, du rat dans la cuisine, du voleur, etc. Il y a là une différence dans le contenu qui me paraît fort appréciable.

Les obsessions des psychasthéniques ont aussi dans leur contenu certains caractères généraux fort remarquables : ce sont des pensées de critique, des appréciations mauvaises sur les actes et les idées, et en outre des pensées extrêmes. Le crime auquel l'obsédé pense est toujours le crime extrême pour lui, étant donnés son sexe, son âge, sa condition. Cela n'existe guère dans les idées suggérées par les spectacles extérieurs et cela ne s'explique pas par le hasard des circonstances émotionnelles.

Je suis donc disposé à croire que les obsessions psychasthéniques sortent bien plus qu'on ne le croit du fond même du sujet, que

l'on peut les considérer comme *endogènes*, par opposition aux idées exogènes qui sont déterminées par le mécanisme de la suggestion. Cette conception est déjà indiquée par les auteurs qui font sortir l'obsession intellectuelle de la phobie, mais je pense qu'il faut aller plus loin et admettre que les obsessions, comme les phobies elles-mêmes, prennent leurs points de départ dans des phénomènes pathologiques plus profonds qui sont surtout les sentiments d'incomplétude et les insuffisances psychologiques.

2. — *L'influence des sentiments d'incomplétude sur le contenu des idées obsédantes.*

L'obsession est le résultat d'un travail intellectuel qui s'opère pendant les crises de psycholepsie et qui remplit surtout les ruminations mentales. Le besoin de précision, d'explication, de symbole, conduit les malades à interpréter eux-mêmes leur propre état mental et à découvrir une explication, une véritable théorie de leur transformation. L'idée obsédante est une interprétation des troubles psychologiques élémentaires, interprétation faite suivant les lois des manies mentales.

Les troubles des psychasthéniques qui peuvent engendrer des obsessions sont, à mon avis, très nombreux et ne se limitent point aux seuls troubles émotifs. Dès le début, l'abaissement de la tension psychologique, en diminuant l'action et la perception du réel, favorise la méditation ; il donne aux malades une tendance à préférer l'idéal au réel, à aimer le mystérieux, le vague, à se tourner vers les choses mystiques.

L'insuffisance a-t-elle donné naissance à des dérivations mentales, chacune de ces manies qui constituent la rumination est une grande source d'idées. Les manies d'interrogation perpétuelle amènent à concevoir l'idée de mystère, de tromperie : Hg... (119) après avoir pendant des mois été tourmentée par des interrogations ; « qu'y a-t-il derrière ce mur, d'où le mari vient-il, à qui a-t-il parlé ? » devient obsédée par l'idée que le mari lui cache quelque chose et qu'il la trompe.

La manie du symbole qui n'est qu'une manie de précision exagérée est l'origine d'un très grand nombre de ces pensées. Les idées sacrilèges sont évidemment dans ce cas : Claire est avant tout une psychasthénique, avec sentiment d'incomplétude, toutes nos études sur ses oscillations l'ont bien démontré. Elle a d'abord,

à la suite de ces sentiments, des crises d'efforts déterminées en grande partie par une dérivation qui remplace les phénomènes supérieurs devenus impossibles. Ces mouvements convulsifs amènent de l'excitation génitale et des masturbations, comme nous l'avons observé souvent. Ce crime génital devient pour elle le symbole de sa déchéance. D'autres manies, celle de la généralisation, celle de l'infini la poussent à remonter à l'extrême : elle associe les crimes religieux avec les fautes génitales et elle symbolise son opinion sur elle-même par l'hallucination du membre viril et de l'hostie.

L'idée sacrilège de Lise, qui croit vouer ses enfants au diable, celle de Za..., qui pense à violer une vieille femme devant une église, et celle de On..., qui met l'âme de son oncle dans les cabinets, sont évidemment des symboles du même genre inventés par les malades eux-mêmes, sans grand rapport avec les circonstances extérieures pour résumer et exagérer l'impression de mécontentement qu'ils ressentent d'eux-mêmes.

Les phénomènes qui jouent à ce point de vue le rôle le plus considérable sont les sentiments d'incomplétude. Quand ces sentiments portent surtout sur la volonté, les malades peuvent concevoir des idées relatives à leur dépendance, peuvent rêver une liberté idéale, en opposition avec leur état d'automatisme. Ou bien, au contraire, ils cherchent dans quelle situation ils auraient le moins d'efforts pénibles à faire : Ic..., obsédé par l'idée qu'il veut se faire prêtre, remarque lui-même qu'il arrive à cette idée parce qu'il ne veut plus être exposé à aller dans la société, à prendre part « aux plaisirs du monde » que sa timidité lui fait prendre en horreur, parce qu'il a peur des responsabilités que cause la famille.

Bien plus souvent encore, ce sentiment de l'insuffisance de la volonté inspire des idées de honte, de mauvaise conduite. « Bunyan, en se sentant agir, concevait sans cesse l'idée qu'il était dans un marais fangeux et qu'il s'enfonçait à chaque pas[1]. » Ce sentiment inspire l'idée que l'on a manqué toute sa vie, que « l'on s'est trompé de chemin, que l'on a choisi une mauvaise carrière ». Les remords de vocation, qui sont si fréquents, ne sont que l'expression intellectualisée, précisée, symbolique du mécon-

1. Josiah Royce, *Psych. Review*, 1894, p. 139.

tentement de la conduite. Il est trop évident que les sentiments d'humilité, de honte sont le point de départ des obsessions de la honte de soi et de la honte de corps.

Les idées criminelles ont la même origine. Dob... dans un wagon de chemin de fer, se sent si peu maîtresse de sa volonté qu'elle se demande si sa main ne va pas malgré elle ouvrir la portière. De là à penser que l'on est capable de commettre un crime il n'y a qu'un pas. Bien souvent les malades qui prétendent être poussés à l'homicide ou au suicide expriment simplement par là le sentiment qu'ils ont de leur faiblesse de volonté. Bien entendu, la manie du contraste joue un rôle et les crimes inventés sont ceux qui sont les plus dangereux dans la situation du malade : la caissière a des impulsions à voler, le musicien « à faire exprès des fausses notes à l'orchestre de l'Opéra ».

Très souvent le malade se rend compte que ce crime n'est pas présent et par les manies de remémoration, de recherches dans le passé, il les transforme en remords. Il cherche avec une ardeur incroyable où et comment il a bien pu tuer quelqu'un il y a quinze jours, ou bien il invente tout un délire rétrospectif dans lequel ses maîtres auraient abusé de lui à l'école primaire. Rk... va plus loin encore et il cherche si à l'âge de quatre ans, quand il venait avec sa petite sœur de un an moins âgée dans le lit de son père, il n'a pas attenté à la pudeur de celle-ci. Déjà dans ces cas l'obsession s'éloigne un peu du sentiment initial, mais ce n'est qu'une apparence. Quand Kl... est obsédé par la pensée que son enfant n'est pas de son mari, il est évident qu'elle dissimule un remords génital, c'est comme si elle se demandait si elle a trompé son mari, et cette question qu'elle ne précise pas dans son esprit résulte du sentiment qu'elle a de ne plus être maîtresse de sa volonté.

Les sentiments d'incomplétude intellectuelle qui sont si nombreux et si intéressants deviennent le point de départ d'une foule d'obsessions qui semblent tout à fait incompréhensibles si on ne se reporte pas à ce début ; je n'en signalerai que quelques exemples. Hm... (135), femme de 21 ans, qui vient d'accoucher il y a trois mois, est obsédée pas la pensée que son enfant est un monstre ; quand elle le voit, elle constate qu'il est normal, mais dès qu'elle le quitte des yeux, elle pense qu'il présente les difformités les plus extraordinaires. Fatiguée par la grossesse, elle a eu des troubles

de perception « le monde me paraissait drôle, je ne pouvais pas mettre le monde à sa place, il y avait quelque chose de dérangé qui m'empêchait de voir les choses comme elles étaient... » Puis elle eut, comme phénomène de dérivation, la manie mentale d'interrogation. Cette manie était systématisée par le sentiment précédent. « Comment cela se fait-il qu'il y a du monde, pourquoi et comment y a-t-il des arbres, comment les bêtes ont-elles cette figure étrange ? » L'enfant naquit sur ces entrefaites et, l'attention de la malade se fixant sur lui, fit naître à son propos les inquiétudes et les interrogations précédentes. Le trouvant étrange, s'interrogeant à son propos pour savoir comment et pourquoi il avait cet aspect bizarre, Hm... en vint tout naturellement à la conception qu'il était un monstre étonnant.

Le même mécanisme se retrouve dans bien des cas, We... n'a pas seulement l'obsession de la vocation manquée en rapport avec les sentiments d'incomplétude volontaire, elle a une obsession assez fréquente l'*obsession de la signification*. Elle croit que tous les objets, les plus petits événements ont un sens mystérieux, qu'il lui faut chercher. Il nous faudra plus tard reprendre l'étude de cette pensée à propos des mystiques. Chez cette malade l'explication de cette obsession est fort simple et elle la donne elle-même : « que voulez-vous, dit-elle, il y a si longtemps que je vois les choses d'une manière drôle, bizarre, pas naturelle ; je ne puis plus m'empêcher de croire qu'il y a quelque chose là-dessous, vous en feriez autant si vous voyiez toutes les figures de vos amis vous faire des grimaces ».

L'obsession idéaliste de Rk... qui spécule sur « l'irréalité du monde », l'obsession psychologique de Mb... qui recherche « la différence de certitude entre la vue et le toucher » n'ont pas d'autre origine que ce sentiment de rêve à propos de la perception.

Ria..., après une opération chirurgicale, a trouvé que les objets avaient un aspect étrange ; comme elle est fort ignorante elle ne s'est pas élevée jusqu'à la conception de l'idéalisme, elle s'est bornée à accuser ses yeux et elle a une obsession relative à une maladie des yeux « qui fait danser les objets. » Dans le même cas Hot..., jeune fille de 16 ans, arrive à la conception qu'elle est absolument aveugle, bien que l'examen de ses yeux montre une vision parfaite. « Mais je vois drôle, cela me fait penser que je ne vois pas ». Le même sentiment d'étrangeté dans la percep-

tion extérieure joint au sentiment de dépersonnalisation va faire naître l'obsession si remarquable du Btu... « Je suis morte, je suis enterrée dans un tombeau tout noir, d'un noir d'encre. »

D'autres formes particulières des sentiments d'incomplétude vont simplement se transformer en idée, en obsession correspondante. Le sentiment de dépersonnalisation, passager, variable, incomplet, va faire naître une idée nette, abstraite, « que la personnalité est toujours perdue, que le moi est supprimé ou transformé ». Le sentiment passager de « déjà-vu » va donner dans le cas de M. Arnaud l'obsession précise et perpétuelle du « déjà-vu il y a un an ». « La continuité de l'illusion, dit très bien M. Arnaud, n'est qu'apparente, elle est le résultat d'une sorte d'entraînement, d'une habitude ayant déterminé un faux pli de l'esprit, un véritable délire[1]. »

Enfin une des observations plus fréquentes, tout à fait banale chez ces malades, c'est l'obsession de la folie. Plusieurs auteurs disent que cette obsession « est une forme objectivée de l'angoisse. » Je ne comprends pas pourquoi des états d'angoisse doivent s'objectiver sous forme d'idée de folie : les cardiaques qui ont de l'angoisse sont-ils donc obligés de se croire fous ? S'ils n'avaient que l'angoisse pure et simple, les psychasthéniques n'arriveraient pas non plus à cette idée de folie. Elle est pour moi l'expression de sentiments plus profonds : « si je dis que je deviens folle, dit Dep..., femme de 28 ans, c'est que je sens mon esprit vague, engourdi, drôle... ». « Si j'ai peur de devenir folle, dit Zb..., femme de 32 ans, c'est parce qu'il me semble que je ne suis pas maîtresse de mes actions, que je suis dans un cauchemar et parce que dans les cauchemars on fait des crimes et des folies ». « C'est parce que je me sens comme une machine que je me dis fou » (Lois...).

Bien des obsessions ne sont ainsi que l'expression plus logique et plus générale des sentiments d'incomplétude.

3. — *L'influence des insuffisances psychologiques sur le contenu des idées obsédantes.*

Les insuffisances des sentiments, les apathies, les émotivités et surtout les sentiments anormaux qui se développent à ce propos,

1. F.-L. Arnaud, *Ann. médico-psych.*, mai-juin 1896.

comme le besoin de dominer et le besoin d'être aimé vont donner naissance, sous l'influence de la réflexion et des manies mentales de précision, à toutes sortes d'idées obsédantes.

Il suffit d'en rappeler quelques exemples : j'ai souvent fait allusion à l'insuffisance des émotions génitales, elle a déjà été le point de départ de manies de perfection appliquées au coït et d'érotomanies singulières. Elle amène aussi, chez Loa..., Len..., Lup..., *des idées de persécution* contre le mari rendu responsable de cette insuffisance, « ce n'est pas un homme comme les autres, etc. ». Mais ce même phénomène en amène une plus curieuse chez une femme Deb... et chez un homme Rk.... c'est l'idée de *l'inversion sexuelle*. Ils se figurent que l'amour homo-sexuel leur réussirait mieux et croient avoir « une âme d'homme dans un corps de femme » et réciproquement. C'est trop souvent sur des cas semblables que l'on a fondé les théories des invertis sexuels. Beaucoup de hontes du corps ou de hontes portant sur tel ou tel organe ont un point de départ analogue.

Quelquefois ces apathies inspirent des idées de jalousie, nous avons vu Fa..., femme de 34 ans, jalouse de toutes les personnes qu'elle rencontre, parce qu'elle leur prête des sentiments complets. « Ils ont bien de la chance de pleurer leur père, en voilà qui ont du bonheur d'être ainsi secoués par un grand malheur. »

D'autres malades beaucoup plus nombreux en tireront l'idée qu'ils ont besoin d'un remède à leur engourdissement et que ce remède c'est une excitation. L'obsession du besoin de boire, du besoin de se faire des piqûres de morphine, l'impulsion à la marche, l'impulsion au jeu, etc., ou plus simplement le désir de l'extraordinaire, de l'inédit, le besoin de faire une action absurde qui les secoue, se développe à la suite de ces apathies et détermine bien plus souvent qu'on ne le croit les conduites les plus inexplicables en apparence. Quand Plo... se sent ainsi abaissée dans une crise de psycholepsie, elle rêve de se faire engager comme artiste aux Folies-Bergères, elle veut prendre un amant dans la rue ; il faut qu'elle scandalise sa famille par son langage.

Les émotivités donnent naissance à des colères ou à des peurs et à des obsessions en rapport avec ces sentiment, de là naissent bien des obsessions impulsives et bien des phobies que j'ai déjà signalées. La réflexion peut se mêler à ces peurs et les transformer en apparence... Fi... est en réalité un agoraphobe vulgaire, l'origine de son mal se trouve dans son aboulie et sa timidité. Sa

crainte de la lutte, sa crainte de tous les dangers possibles l'a conduit à ne plus pouvoir sortir au dehors sans angoisses. Il ne veut pas avouer cette faiblesse ni aux autres, ni à lui-même, et il cherche à s'expliquer sa crainte de la rue par la préoccupation d'un danger réel. Dix ans après le début évident de l'agoraphobie, il trouve l'explication, c'est que dans son enfance, trente ans auparavant, il a été mordu par un chien enragé et qu'une nouvelle morsure lui donnerait infailliblement la rage. Va-t-on soutenir que cette obsession du chien enragé qui s'exprime à 40 ans est en rapport avec l'émotion de cette morsure subie à l'âge de 10 ans ? Cette obsession est simplement une interprétation rétrospective de son trouble fondamental de la volonté et des sentiments.

Le besoin de domination chez les autoritaires se rattache comme on l'a vu à leur aboulie, il cause bien des obsessions. La microphonophobie de Bow... n'est pas une hyperesthésie de l'ouïe, c'est une obsession en rapport avec l'idée que les autres personnes le dérangent dans son travail et ses pensées. Ce sentiment des autoritaires joue un rôle capital dans le délire de persécution peut-être plus que dans le délire du scrupule.

Il suffit de rappeler toutes les obsessions amoureuses en rapport avec le besoin d'être dirigé, le besoin d'aimer, le besoin d'être aimé. Je ne puis insister ici que sur quelques formes particulières. Qi... est amusante avec son obsession d'être petit enfant, de laisser flotter ses cheveux dans le dos et son désir fou d'être appelée « Nénette ». Cr..., femme de 33 ans, est poursuivie par l'obsession qu'elle veut avoir un enfant, elle court les hôpitaux pour demander la fécondation artificielle et regarde sous toutes les portes pour trouver un enfant abandonné à adopter « c'est parce que son amant l'épousera si elle a un enfant. C'est aussi parce que cet enfant lui sera un soutien si elle est seule ». Lour..., femme de 44 ans, a des obsessions de jalousie qui ne sont pas identiques à celles de Fa... que je viens de citer. « Depuis que je me sens faible, il me semble que mon mari ne s'occupe pas assez de moi, qu'il me laisse isolée, qu'il ne me console pas, il me semble que je n'arrive plus à le comprendre, à le croire, et j'en viens à penser qu'il n'est plus comme il devrait être. »

On pourrait énumérer bien d'autres obsessions et montrer qu'elles sont des interprétations plus ou moins compliquées portant sur les insuffisances et sur les sentiments qui en dérivent.

4. — *L'influence des événements extérieurs sur le contenu de l'obsession.*

Quoi qu'il en soit, l'observation nous montre que les événements extérieurs ont, eux aussi, une action et qu'ils déterminent assez souvent le contenu de l'obsession surtout quand ils sont l'occasion d'une violente émotion. La maladie de Lf... a commencé quand elle a ramassé son neveu tombé mort d'un échafaudage, celle de Ger..., parce qu'elle tenait sa belle-mère pendant un évanouissement et que celle-ci est morte dans ses bras ; celle de Cas..., parce qu'elle a vu son fils tomber à l'eau. Cette dernière malade à peu près guérie a eu, dix ans après, une rechute parce qu'elle a appris brusquement que sa mère était devenue folle et avait été enfermée. We... a commencé très jeune cette maladie quand on lui a fait embrasser son grand-père qui venait de mourir. Je note au début des grandes périodes de maladie, chez Lise une scène avec le mari, chez Voz... un examen, chez Lo... le mariage, chez Vof... la morsure par un chien, chez Mnd... (179) la vue d'une folle, chez Gt... la vue d'un morphinomane, chez Alx... un vertige survenu au café, etc.

On peut remarquer que certaines émotions semblent jouer un rôle prépondérant. Ce sont d'abord les émotions religieuses, surtout celles de la première communion et plus tard des confessions. Ce sont aussi les émotions génitales qui ont joué un grand rôle chez Bu..., chez Ki..., chez Jean, c'est de cette remarque qu'est née l'opinion de Freud, soutenue par Tamburini [1] que les obsessions dérivent toujours d'un trouble des sentiments sexuels, nous avons déjà eu l'occasion de remarquer l'exagération de cette thèse. Il n'en est pas moins évident que les événements extérieurs qui déterminent de l'émotion ont une action certaine sur le développement de la maladie des obsessions.

Mais cette action est extrêmement complexe : On a vu dans les études sur les oscillations du niveau mental que les événements capables de provoquer de fortes émotions peuvent déjà agir en déterminant un abaissement de la tension psychologique et quelquefois d'une manière inverse en déterminant une élévation. Il

1. Tamburini, Obsessions sexuelles et obsessions du suicide, autosadisme, *Congrès de neurologie de Bruxelles*, 1897.

faut constater aussi que si le sujet est déjà abaissé par quelqu'une des causes précédentes, l'événement émotionnant peut encore jouer un autre rôle, il peut déterminer le contenu de l'obsession, la nature de l'idée qui va devenir obsédante.

Cela ne peut arriver à mon avis que si le sujet était antérieurement préparé par tous les troubles précédents. L'idée fournie par l'événement ne devient obsession que si elle est d'accord avec un état intérieur dont le sujet avait le sentiment depuis quelque temps. Cette idée qui est remarquée par le sujet devient l'expression qu'il cherchait de son état. Claire avait depuis longtemps ses sentiments d'abaissement, de mécontentement, quand elle s'aperçut qu'elle avait une excitation génitale à l'église et que ses regards se portaient avec des curiosités malsaines vers la statue du Christ. Cela lui parut répugnant, odieux et cette idée la frappa que c'était peut-être là le crime contre nature qui lui causait tant de remords inexpliqués. Dur... (54) passe une soirée à la fenêtre attendant son mari qu'elle soupçonne de la tromper. Cette attente la rend furieuse, elle remarque qu'elle se refroidit et qu'elle se rend malade à cause du mari. Cette idée la frappe comme le résumé et le symbole de longues inquiétudes antérieures et elle commence à ce moment une obsession singulière qui consiste à répéter que son mari l'a rendue phtisique. Cette idée ne l'a frappée que parce qu'elle était inquiète, qu'elle se sentait fatiguée, qu'elle avait le besoin d'une direction morale perpétuelle et qu'elle se croyait abandonnée si son mari ne s'occupait pas sans cesse d'elle.

Vl... a grand tort de rapporter son éreutophobie à une consultation médicale où le médecin aurait parlé d'eczéma du nez ; la rougeur du nez n'est qu'un prétexte qu'elle a adopté avec enthousiasme pour résumer son aboulie et sa timidité. Toq... remplace successivement sa honte des moustaches par sa honte des joues rouges, Nadia sa honte des mollets sous sa jupe courte, par sa honte des pieds, des mains, de la poitrine, de la figure, etc. L'événement ne détermine que la nuance particulière de l'expression.

Ce besoin d'une préparation antérieure explique un petit détail assez curieux de la genèse des obsessions, j'avais remarqué ce petit fait depuis longtemps et j'ai été heureux d'apprendre que M. Arnaud l'avait remarqué de son côté ; cela montre qu'il a quelque généralité. Dans leur récit, il est rare que les sujets rap-

portent leur maladie à une seule émotion : presque toujours ils en racontent deux consécutives et leur obsession se rapporte tantôt à la première, tantôt à la seconde. Nous avons déjà noté le fait, quand nous avons étudié l'influence de l'émotion sur les oscillations mentales, nous avons vu des malades ne commencer l'obsession relative à une émotion déjà ancienne qu'au moment où ils sont bouleversés par une seconde émotion sans rapport avec la première. Nous pouvons citer maintenant le fait inverse ; Dsy..., femme de 38 ans, est d'abord très émotionnée par le suicide de son mari. Elle reste malade, sans volonté et très inquiète, mais elle n'a pas d'idées fixes; cinq mois après on arrête un voleur caché dans sa maison, ce qui l'effraye beaucoup, à ce moment se développe l'obsession qu'elle ne peut pas rester seule, de crainte des voleurs. Chy... doit soigner son mari pendant une opération chirurgicale grave ; elle reste troublée, tout à fait aboulique, incapable de se lever et en proie à une inquiétude continuelle, mais sans idée fixe déterminée. Survient un petit incident assez insignifiant, une serviette qu'elle tenait à la main est tombée dans un vase qui contenait de l'huile et cela a déterminé aux alentours quelques éclaboussures, la voici frappée de cette idée qu'elle est maladroite et sale, qu'elle ne peut plus rien toucher sans éclabousser de la graisse et tout un délire de propreté se développe.

Il me semble visible que l'une des émotions, la première dans ces observations, la seconde dans celles qui ont été rapportées précédemment a déterminé un abaissement de l'esprit dans le sens où nous l'avons entendu, l'autre émotion fournit simplement au sujet une interprétation des troubles qu'il ressent. Chez ces derniers malades, l'interprétation vient après la chute mentale, dans d'autres cas, le sujet remonte en arrière pour trouver cette interprétation et l'accident qu'il prend comme explication a eu lieu longtemps avant le début réel de la maladie.

Quand on a compris ces divers rôles de l'émotion en considérant des cas typiques où ils sont séparés, on conçoit facilement que dans des cas particuliers toutes ces diverses opérations puissent se confondre. Une seule émotion violente peut à la fois déterminer l'abaissement qui va permettre le développement de la psycholepsie et en même temps fournir au sujet l'explication qui va former l'obsession. Mgi..., homme de 36 ans, prétend qu'il n'avait aucun trouble antérieur à une visite malheureuse qu'il a

faite à un médecin. Celui-ci lui aurait déclaré brutalement qu'il était phtisique : « cela m'a frappé, dit le malade, d'une manière indigne, je passe les jours et les nuits sans repos à attendre la mort, je ne vois que des enterrements et des morts, rien ne peut me distraire et je suis incapable de faire le moindre travail. » Si Mgi... a dit vrai, mais je me défie un peu sur ce point des dires des malades, une seule émotion a déterminé à la fois le trouble et l'interprétation. Mais ce n'est pas la forme la plus commune, car l'obsession est en général une interprétation, une expression, un symbole qui résume dans l'esprit du malade des troubles déjà anciens portant sur les fonctions psychologiques supérieures et déterminant depuis longtemps des ruminations et des phobies.

Enfin le contenu des obsessions présente certains caractères qui ont été mis en évidence dans les chapitres précédents. Ces caractères me semblent faciles à comprendre si on considère l'obsession comme l'expression d'un état pathologique antérieur, car ils ne sont pas autre chose que les caractères de cet état lui-même. Ainsi les obsessions portent le plus souvent sur les actes du sujet, elles portent sur des actes mauvais que le sujet voudrait ne pas faire : elles constituent surtout un délire d'auto-accusation. Cette direction générale des obsessions se rattache simplement à leur point de départ. Elles se sont développées dans l'esprit du sujet comme des interprétations d'un état d'impuissance dans lequel aucune pensée ne pouvait être poussée à son terme, dans lequel le trouble portait surtout sur les actions et les croyances ; il est tout naturel que ces interprétations même puériles soient en rapport avec les sentiments d'incomplétude du malade et expriment surtout la critique des actes et des croyances. En un mot je trouve que les obsessions du malade sont en partie justifiées malgré leur apparence allégorique et symbolique.

Si nous passons à d'autres caractères de l'obsession nous avons remarqué qu'elle portait sur des actes extrêmes et que le sujet poussait toujours jusqu'au dernier terme possible son idée de crime ou de sacrilège. C'est encore la conséquence de plusieurs caractères qui se trouvent déjà dans la rumination ; la généralisation désordonnée, le passage à l'infini ont déjà été remarqués dans ces méditations qui restent abstraites et sans aucune des limites qu'impose la perception de la réalité.

L'étude du contenu des obsessions me semble donc vérifier

notre interprétation précédente des états psychasthéniques et notre hypothèse qui met au premier rang les troubles de la volonté et de l'attention, ou du moins les troubles de cette fonction du réel qui nous a paru la plus élevée des fonctions cérébrales.

5. — *L'interprétation de la forme de l'obsession.*

Il nous reste à montrer que cette interprétation, ou plutôt cette représentation d'ensemble des faits, rend encore assez bien compte de la forme que prennent les obsessions proprement dites dans l'esprit du malade. J'ai insisté, au début de cette étude, pour montrer que les obsessions des psychasthéniques avaient toujours des caractères spéciaux très différents, en particulier, de ceux que présentent les idées fixes des hystériques. Ces caractères se trouvent-ils justifiés par une conception qui cherche le point de départ de l'obsession dans l'état mental sous-jacent, dans l'abaissement de la tension psychologique et la disparition des phénomènes considérés comme supérieurs, ceux de la fonction du réel ?

Le premier caractère des obsessions c'est d'être obsédantes, c'est-à-dire de se prolonger pendant un temps extrêmement long dans l'esprit du sujet, de réapparaître perpétuellement et absolument à tout propos. Peut-on mieux expliquer ce caractère qu'en considérant les obsessions comme les expressions d'un état mental sous-jacent qui est perpétuel. Si l'idée du crime, de la honte de soi-même, de la folie, de la maladie, n'est au fond qu'une manière de nous dire que l'esprit est abaissé, qu'aucun phénomène ne va à son terme, qu'il y a un sentiment d'incomplétude, ces idées dureront tout naturellement autant que l'insuffisance elle-même. Or, cette insuffisance peut se prolonger pendant vingt ou trente ans en restant toujours exactement la même. Il n'est donc pas très surprenant que le sujet ayant adopté une fois pour toute une manière de l'exprimer ne change pas cette manière et conserve la même idée indéfiniment. Ainsi que Ball le disait très bien[1] : « la répétition des mêmes questions et des mêmes pensées tient à un phénomène organique qui ramène sans cesse les mêmes impressions. C'est ainsi que dans un rêve, nous nous débattons péniblement dans une situation dont nous ne pouvons sortir, parce que la répétition incessante des mêmes impressions physiques reproduit la même

1. Ball, *Revue scientifique*, 1882, II, p. 46.

série d'idées. Ce n'est qu'au réveil que nous sommes délivrés de cette obsession. » Le réveil, ce serait pour le malade la disparition de son abaissement mental. Si cela arrive, s'il y a une ascension de la tension, nous avons vu que l'obsession disparaît tout de suite : cela prouve bien qu'elle était liée avec le sentiment de la diminution de cette même tension.

Nous avons remarqué que l'association des idées jouait un rôle bizarre dans l'obsession et qu'il y avait plutôt une sorte de manie d'association qui pousse le sujet à unir son obsession avec tous les autres phénomènes psychologiques qu'il éprouve. Ce caractère se rattache simplement à la manie de la précision et à l'inquiétude. Le malade, qui a beaucoup souffert du sentiment d'incomplétude éprouvé à propos d'un certain acte, reste inquiet et il éprouve le besoin de vérifier toutes les autres actions, toutes les croyances, tous les sentiments pour voir si à leur tour ils ne vont pas lui faire défaut. Bien entendu, comme nous le savons, cet effort d'attention va simplement rendre difficiles les actions qui se faisaient assez bien d'une manière désintéressée : celles-ci vont de nouveau être insuffisantes, elles vont comme les précédentes donner naissance au même sentiment d'incomplétude et le sujet sera amené tout naturellement à traduire encore une fois ce sentiment par la même obsession. Il vous dira donc que son obsession s'associe avec des actions et des idées de plus en plus nombreuses et vous aurez l'impression qu'il cherche lui-même à produire cette association. En réalité, il cherche simplement à éprouver ses actions et ces croyances et en les éprouvant il met en évidence la même insuffisance et retrouve partout la même obsession. C'est ainsi que le malade inquiet a une tendance à étendre perpétuellement son obsession comme une tache d'huile jusqu'à ce que toute sa vie en soit envahie.

Les obsessions sont impulsives, mais cette impulsion, comme nous l'avons vu, consiste en une sorte de manie de la tentation et de l'impulsion. On dirait que le malade cherche à vérifier à chaque instant s'il est réellement bien poussé au crime ou à la folie : il y a là encore un résultat de l'inquiétude fondamentale.

L'obsession, l'idée d'être poussé au crime ou l'idée d'être fou, est une sorte d'explication que le malade aime à se donner à lui-même des troubles pénibles qu'il éprouve. Cette idée lui plaît en quelque sorte, parce qu'elle éclaircit un peu une situation inextricable et parce qu'elle justifie les soins, les protections, les

directions qu'il est poussé à réclamer. Il est évident, quoique cela paraisse absurde, que certains malades seraient désolés, si on pouvait leur démontrer définitivement qu'ils n'auront pas une méningite en lisant le journal, qu'ils ne feront aucun mal à personne si on les laisse libres et qu'ils ne seront pas les plus vils des hommes s'ils cessent leurs efforts absurdes. Ils se trouveraient en face de leur même faiblesse sans l'ombre d'une explication et ils seraient abandonnés à eux-mêmes, ce qu'ils redoutent le plus au monde antérieurement à toute obsession, en raison de leur abaissement du niveau mental. D'autre part, il ne faut pas nier que cette idée obsédante ne leur fasse horreur, non pas qu'ils prennent réellement ces crimes, ces hontes au sérieux, mais parce que cette idée résume leur mal dont ils ont déjà moralement tant souffert.

Il en résulte un état mental tout spécial qui est justement l'impulsion de l'obsédé : il se sent poussé, chaque fois qu'il se sent malheureux c'est-à-dire incomplet, à vérifier si son obsession est bien là, si elle le pousse réellement, s'il commence réellement les mouvements du crime ; il est attiré vers cette vérification comme par un plaisir et quand cette vérification commence à se faire, il recule avec horreur comme s'il sentait de nouveau son mal d'une manière plus aiguë. Ainsi, quand nous avons un petit abcès ou une dent malade qui nous fait du mal et qui nous agace, nous sommes portés à y toucher constamment, à tâter l'endroit malade, à le tourmenter jusqu'à ce qu'une douleur plus aiguë fasse retirer vivement la main en jurant que nous n'y toucherons plus ; mais bientôt le désir nous reprend de recommencer. Notre obsédé si aboulique est moins que tout autre capable de résister à cette tentation. Il faut bien comprendre cette nature toute spéciale de l'impulsion psychasthénique pour ne pas confondre ce phénomène avec les impulsions automatiques que l'on rencontre dans d'autres maladies.

Ces impulsions n'arrivent jamais à l'exécution, au moins dans les cas complets et nets de la maladie, de même les représentations n'arrivent jamais à l'hallucination complète et véritable avec objectivité et réalité. Ces deux caractères négatifs tout à fait essentiels chez les scrupuleux me paraissent très difficiles à expliquer, si on veut se borner à considérer l'obsession comme une idée suggérée ou comme l'exagération d'une émotion, car les idées suggérées et les émotions exagérées vont précisément jusqu'à

leur terme qui est l'acte et l'hallucination. Pour moi l'obsession exprimant une maladie générale de l'esprit participe naturellement au caractère de cette maladie. Or le caractère essentiel de toute la maladie, c'est qu'elle supprime le dernier terme des opérations psychologiques, qu'elle rend impossible tout ce qui dépend de la fonction du réel. Le malade, qui d'une manière générale est incapable d'agir et de croire, n'arrive pas plus à agir et à croire dans son obsession.

Enfin ces obsessions sont avant tout des obsessions conscientes, des folies lucides, c'est-à-dire que le sujet garde le pouvoir de les critiquer et de rire de lui-même. Cela revient à dire tout simplement que ces obsessions restent incomplètes et n'arrivent pas jusqu'à la certitude. Mais la maladie est justement une folie du doute qui supprime partout les croyances, il est donc tout naturel qu'elle les supprime aussi dans l'obsession qui la résume. Nous avons vu que les obsessions des psychasthéniques, par opposition aux idées fixes des hystériques, sont des systèmes d'images avec développement incomplet. Ce caractère qui résume les précédents résume aussi la maladie qui est, comme on l'a vu, une impuissance à compléter les phénomènes psychologiques. Tous les caractères de l'obsession ne sont en somme que les caractères de l'état psychasthénique, il est donc tout naturel d'admettre qu'elle en dérive.

5. — *La représentation anatomique des théories.*

Beaucoup d'auteurs ont essayé de donner à leurs explications de la maladie des obsessions une couleur anatomique, il faut au moins signaler les tentatives qui ont été faites dans ce sens.

Je n'insiste pas sur les troubles de l'estomac et des divers viscères qui ont déjà été signalés, il est admis à peu près généralement que ces troubles sont secondaires. Mais il ne faut pas oublier que ces troubles donnent naissance à des auto-intoxications qui ont la plus grande influence sur le développement de la maladie. La lésion principale est peut-être une susceptibilité spéciale des cellules cérébrales pour toutes les intoxications. Comme le système nerveux altéré n'excite plus suffisamment les fonctions gastro-intestinales, il en résulte de nouvelles fermentations et de nouvelles intoxications. Ce cercle vicieux joue un rôle considé-

rable, mais il n'en est pas moins vrai que le trouble gastrique ne suffirait pas à lui seul pour déterminer toute la maladie si le système nerveux était sain.

Il faut faire une place aux auteurs qui sont disposés à expliquer la plupart des troubles des névroses par des altérations dans le fonctionnement des glandes à sécrétion interne. MM. Léopold Lévi et Henri de Rothschild[1] semblent disposés à croire que bien des dépressions et des agitations mentales dépendent d'une insuffisance ou d'une exagération de la sécrétion du corps thyroïde. Il y a dans cette hypothèse une certaine part de vérité et j'avais déjà signalé des phénomènes d'athyroïdisme chez des névropathes obsédés[2]; mais je ne puis croire que le fait soit général et que ce soit là une explication suffisante de toute la maladie.

Les troubles auxquels on a attribué le plus grand rôle sont ensuite les troubles circulatoires. J'ai déjà signalé les travaux de Angel, et la thèse de Lubetzki sur le rôle de la congestion et des troubles vaso-moteurs dans les céphalalgies et dans les douleurs de la plaque sacrée. M. de Fleury explique les angoisses « par un spasme général de l'arbre circulatoire s'accompagnant probablement de l'hyperactivité fonctionnelle du cœur. La crosse de l'aorte, organe presque entièrement élastique et dénué de fibres musculaires, se trouve prise entre deux forces contraires qui tendent à la distendre violemment, le lacis nerveux dont elle est entourée se trouve tiraillé et souffre de cette douleur rétrosternale qui constitue l'élément essentiel de l'angoisse[3] ». J'ai déjà signalé le rôle que cet auteur fait jouer à l'hypertension et surtout à l'hypotension artérielle.

Un des auteurs qui a le plus insisté sur l'origine circulatoire de la psychasthénie est M. Auguste Voisin. Déjà dans ses leçons cliniques il se montrait disposé à rattacher beaucoup de maladies mentales à l'anémie cérébrale[4]. Plus tard il chercha à montrer les relations « du délire du doute avec la sthénie et l'asthénie vasculaires[5] ». L'auteur présentait des tracés sphigmographiques

1. Léopold Lévy et Henri de Rothschild, *Études sur la physio-pathologie du corps thyroïde et de l'hypophyse*, 1908.
2. *Obsessions et psychasthénie*, 1903, II, p. 6.
3. Fleury, *Les grands symptômes neurasthéniques*, 1901, p. 98 (Paris, F. Alcan).
4. A. Voisin, *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1876.
5. A. Voisin, Délire du doute, ses relations pathogéniques avec la sthénie et l'asthénie vasculaires. *Union médicale*, 23 mars 1895.

et se fondait sur l'action de certains médicaments comme la caféine et la morphine sur ces troubles vasculaires.

Ces théories contiennent une part de vérité car les troubles circulatoires sont évidemment fréquents. Mais il est peu probable qu'ils soient primitifs : tous les auteurs sont naturellement amenés à admettre un trouble d'un centre circulatoire ou vaso-moteur et par conséquent à se rapprocher des théories nerveuses.

Parmi celles-ci il faut distinguer d'abord celles qui veulent rattacher la maladie à des organes nerveux en dehors du cerveau proprement dit. Morel et Legrand du Saulle parlaient déjà d'une névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral [1]. M. Féré remarquait le grand rôle du sympathique au moins « comme organe périphérique des émotions ». M. Hartenberg a essayé d'aller plus loin : dans une communication présentée au congrès de psychologie en 1900 et dans son travail sur la névrose d'angoisse il concevait les obsessions et surtout les phobies comme une névrose du sympathique. Ces auteurs, j'en suis certain, reconnaissent eux-mêmes combien tout cela est aujourd'hui hypothétique. Quel est le rôle exact du sympathique dans l'émotion ? Les maladies connues des ganglions cœliaques déterminent-elles des troubles analogues à la folie du doute et aux manies du serment ? N'est-il pas aujourd'hui bien plus vraisemblable que les centres corticaux du cerveau jouent un rôle considérable dans les émotions et dans les observations ?

M. Dallemagne semble disposé à rattacher ces maladies à des troubles émotionnels et ceux-ci à des altérations « des centres nerveux inférieurs... qui servent comme de transition entre les fonctions médullaires automatiques et inconscientes et les fonctions corticales conscientes et d'apparence spontanée [2] ». Il semble peu probable que les angoisses des psychasthéniques soient assez élémentaires pour être rattachées uniquement à des lésions bulbaires. Celles-ci n'ont guère déterminé des troubles comparables à ceux des scrupuleux et tous ces auteurs n'hésiteront pas à ajouter aux troubles des organes qu'ils signalent le rôle prépondérant des troubles du cerveau.

Les théories cérébrales de la psychasthénie sont très peu nom-

1. Legrand du Saulle, *Agoraphobie*, p. 44.
2. Dallemagne, *Dégénérés et déséquilibrés*, 1895, p. 573.

breuses, elles se ramènent à quelques types très simples. Quelques auteurs font allusion à des centres spéciaux, par exemple aux centres corticaux de la rougeur de Bechterew et Misslawski. Peut-on, après toutes les observations sur la honte du corps, rattacher l'éreutophobie à une maladie spéciale d'un centre déterminé, celui de la rougeur du visage. Si ce centre existe, son trouble me paraît singulièrement secondaire à des altérations bien plus générales.

Le plus souvent on explique la maladie par l'excitation indépendante et isolée des divers centres corticaux. C'est déjà ce que disait Spencer non sans quelque naïveté : « une fonction cérébrale appelle le sang en un point du cerveau. Le sang continue à y entretenir la fonction, de là les idées fixes, les obsessions[1] ». En 1886, M. Blaise disait de même : « l'impulsion est un phénomène physiologique qui a son origine dans l'excitation subite d'un centre nerveux. Chez le sujet normal les autres centres peuvent la modifier, l'annihiler ; mais, chez les aliénés, l'action de ces centres modérateurs étant troublée, n'existant pas, cette excitation se révèle puissante, irrésistible, et les pousse aux actions les plus extraordinaires[2].

M. Philip Coombs Knapp donne une théorie qui ne me paraît guère différente : tout s'explique selon lui « par l'irritation progressive d'un centre de l'idéation, le groupe de cellules où a pris naissance l'idée fixe absurde est en permanence en activité. Il domine la conscience, suspend l'activité des autres centres et finalement agit sur la zone motrice dont il provoque la décharge. Ce phénomène a quelque analogie avec ce qui se passe dans l'épilepsie Jacksonienne[3] ».

M. Bourdin expliquait de même les tics « par des phénomènes de congestion vasculaire dans beaucoup de cas purement fonctionnels, ou par une accumulation d'influx nerveux dans un centre déterminé. La cellule mieux nourrie, surchauffée, suroxygénée, va avoir une activité anormale, il se fait là une accumulation des forces latentes qui doit se dépenser, se transformer en mouvement... L'impulsion nous apparaît comme la décharge brusque d'un centre passagèrement surexcité. Elle n'existe que

1. H. Spencer, *Principes de psychologie*, I, p. 661 (Paris, F. Alcan).
2. Blaise, *L'impulsion*. Thèse, Paris, 1886.
3. Philip Coombs Knapp. The insanity of doubt. *American Journal of psychology*, 1890. *Ann. méd. psych.*, 1891, II, 343.

parce qu'il y a déséquilibration, désharmonie entre les différents territoires nerveux, prépondérance de l'un d'entre eux aux dépens des autres [1] ».

Enfin MM. Vallon et Marie, en interprétant quelques obsessions, font les remarques suivantes : « d'une façon générale les obsessions peuvent être considérées comme des excitations non diffusées à l'ensemble des centres nerveux, mais irradiées partiellement en un sens particulier. Les phénomènes secondaires sont d'autant plus intenses que l'irradiation est plus limitée à telle sphère déterminée. S'agit-il de la sphère cœnesthésique on aura les obsessions émotionnelles ; s'agit-il de la sphère sensitivo-sensorielle, on aura les obsessions hallucinatoires ; s'agit-il de la sphère motrice, on aura les obsessions impulsives ; s'agit-il de la sphère psychique, on aura les obsessions intellectuelles [2]. »

Ce langage en apparence anatomique ajoute-t-il quelque chose aux descriptions et aux classifications cliniques des obsessions ? J'avoue que je n'en suis pas convaincu. Je ne vois pas bien quel avantage on trouve à exprimer les conclusions psychologiques dérivées d'une observation qui n'est encore et qui ne peut être que psychologique en un autre langage bien plus hypothétique. Pourquoi mêler le problème de la nature des centre corticaux, de leur rôle dans la pensée avec l'interprétation des obsessions ? Sait-on bien s'il y a un centre spécial pour chaque idée, et chaque fonction psychologique? Sait-on s'ils ne collaborent pas tous dans chaque pensée ? Que de problèmes on ajoute inutilement à celui que l'on étudiait.

Pour moi, je ne puis croire qu'il soit possible d'expliquer aucune des obsessions ou des impulsions que j'ai décrites dans cet ouvrage par l'irritation localisée d'un centre cortical, à moins que l'on ne transforme complètement le sens que les physiologistes donnent à ce mot, centre cortical, et que l'on n'entre complètement dans le domaine de la fantaisie. Pour prendre un exemple parmi les plus simples, l'éreutophobie ne peut aucunement être présentée comme une maladie du centre de la rougeur du visage. Imaginez le trouble vaso-moteur de la face le plus

1. Bourdin. *L'impulsion spécialement dans ses rapports avec le crime*. Thèse, Paris, 1894.
2. Vallon et Marie, Contribution à l'étude de quelques obsessions. *XIIe Congrès de médecine de Moscou*, 1897.

énorme, se produisant par suite d'une lésion centrale comme une épilepsie Jacksonienne, ce ne sera aucunement de l'éreutophobie. L'obsession de la rougeur est une pensée qui vient dans l'esprit du sujet pour expliquer au moyen d'un trouble plus ou moins réel de la face, d'innombrables sentiments de gêne, de difficulté, d'arrêt, de honte, qui surviennent en lui depuis longtemps à propos des actes sociaux.

Ce qui serait peut-être le plus troublé chez l'éreutophobe ce serait le centre des mouvements, puisqu'il y a une aboulie au point de départ. Mais il ne peut s'agir du centre des mouvements quelconques, car le trouble n'existe que dans les mouvements sociaux. Il va falloir revenir comme Gall au centre de la sociabilité et il va falloir combiner ce centre avec tous les autres, car non seulement les mouvements, mais les sensations, les souvenirs, les attentions, les pensées sont gênées, quand le malade est en public. Il en résulte que ce centre malade devra contenir une partie de tous les autres et s'étendra à toute l'écorce. De telles explications doivent être repoussées, car, au milieu de beaucoup d'autres inconvénients, elles présentent surtout ce grand danger, c'est qu'elles ont l'air de fournir une explication et qu'elles essaient de masquer notre ignorance.

Un dernier groupe de conceptions anatomiques me paraît plus intéressant, ce sont celles qui admettent une lésion générale du cerveau, soit une malformation qui réduirait les centres supérieurs, soit plutôt un affaiblissement général de toute l'écorce. Laycock parlait déjà en 1844 d'un trouble chimique qui prédisposait à la fixité des phénomènes cérébraux[1]. H. Jackson admet une dissolution des centres les plus élevés, avec prédominance des moins hautement organisés[2]. M. Féré parle souvent d'une atténuation générale des fonctions du cerveau. M. de Fleury admet dans la neurasthénie un épuisement nerveux général qui ne s'adresse pas à tel ou tel territoire en particulier.

J'ai déjà indiqué que si l'on ne craint pas les hypothèses prématurées on pouvait essayer d'imaginer une diminution de la tension nerveuse en la rapprochant de phénomènes analogues présentés par le courant électrique ou par la chaleur. On peut ajouter peut-être que cette diminution de tension est relative à l'étendue des

1. Cité par Hack-Tuke, *Brain*, 1894, p. 192.
2. Jackson, *Brain*, 1894, p. 194.

centres cérébraux. Un cerveau simple, étroit, peu complexe peut probablement plus facilement avoir une tension suffisante. Cela expliquerait ce fait souvent signalé que les psychasthéniques sont souvent des gens intelligents et délicats et que les esprits très simples, ceux des idiots et des imbéciles par exemple, ne sont pas capables de présenter cette maladie des obsessions.

Au lieu de faire de cette maladie un trouble anatomique localisé, je serai plutôt disposé à en faire un trouble dynamique, une insuffisance de la force qui est fournie à l'organe pour qu'il fonctionne. Le cerveau du psychasthénique est un beau lustre électrique dont les lampes sont très nombreuses et très artistement disposées; s'il éclaire mal, si les lampes s'échauffent, s'il se produit des dérivations, c'est que le courant fourni par le secteur n'a pas le voltage suffisant. Je me hâte d'ajouter d'ailleurs que l'on ignore complètement à quoi tient cette baisse de courant du cerveau, s'il y a un organe spécial qui produit cette tension et qui la règle, si cet organe est dans l'écorce cérébrale, dans le cervelet ou en dehors, dans telle ou telle glande à sécrétion interne. On soupçonne dans quelques cas que cet affaiblissement dépend de certaines intoxications d'origine externe ou plus souvent d'origine interne, mais il n'est pas possible de démontrer qu'il en est toujours ainsi. Ce n'est là qu'une représentation vague qui est bien loin d'atteindre la précision que l'on peut, je crois, donner à des interprétations purement psychologiques.

Il est évident que c'est là bien peu de choses, mais c'est tout ce que l'on peut dire avec quelque vraisemblance. S'il « faut toujours penser anatomiquement », il faut se résigner à ne pas penser du tout quand il s'agit de psychiatrie. N'est-il pas plus raisonnable et plus utile même de constater les faits de la manière dont ils se présentent actuellement à l'observation et de les exprimer dans le langage qui leur convient. Ces études psychologiques, en analysant les phénomènes, en les réduisant à leurs éléments essentiels, préparent les voies à une interprétation anatomique, interprétation qui n'est pas encore possible à notre époque.

CHAPITRE II

L'ÉVOLUTION

La modification anatomique à laquelle on pourrait rattacher les accidents psychasthéniques, la nature intime du trouble qui les produit nous échappe. Il en résulte que les études sur l'étiologie et l'évolution de cette affection sont nécessairement fort vagues. Je me borne à rapporter les principales conditions auxquelles l'observation répétée donne quelque importance comme conditions étiologiques et à rechercher de quelle manière se fait le plus communément le développement de tous ces troubles.

PREMIÈRE SECTION

CONDITIONS ÉTIOLOGIQUES

La maladie de la psychasthénie entendue dans ce sens général que j'ai essayé de faire comprendre, comprenant les aboulies, les tics, les scrupules, les angoisses, les obsessions, les impulsions est extrêmement fréquente. En très peu d'années, depuis que j'ai résolu d'entreprendre l'étude de ces malades, j'ai pu très facilement réunir 325 observations de cas tout à fait remarquables. Sous sa forme plus vulgaire, la maladie doit être énormément répandue, c'est elle qui se dissimule le plus souvent dans ces cas innombrables que l'on baptise des noms bénins de nervosité, de neurasthénie.

Les conditions qui semblent déterminer l'éclosion de cette maladie sont d'abord des conditions essentielles prédisposantes sous la dépendance de l'hérédité et de la constitution individuelle, puis des conditions accidentelles, en rapport avec des troubles physiques ou moraux qui déterminent l'éclosion de la maladie.

1. — *L'hérédité.*

Il est d'observation ancienne que l'hérédité joue un rôle considérable dans la maladie des obsessions. Legrand du Saulle plaçait déjà l'hérédité en premier lieu parmi les causes prédisposantes : « La folie du doute va de préférence recruter ses victimes parmi les descendants des névropathes, ces surnuméraires obligés de l'aliénation[1]. » Tous les observateurs ont reproduit la même remarque. M. Saury[2] reproduisant l'enseignement de M. Magnan[3], appelle cette maladie la « folie héréditaire », et écrit en parlant des obsédés : « qui dit folie, dit hérédité ; c'est le principe qu'il faut admettre en thèse générale. »

MM. Pitres et Régis établissent à ce sujet le tableau suivant très démonstratif. Ils constatent dans les 4/5 des cas des ascendants directs ou collatéraux qui sont des obsédés, des aliénés, des alcooliques ou des névrosés. Sur 100 observations d'obsédés ayant dans leur ascendance des tares névropathiques, ils observent les proportions suivantes :

Hérédité	similaire		paternelle	5
			maternelle	24
			collatérale	10
	dissemblable	père ou mère	aliénés, épileptiques ou hystériques	15
			alcooliques	14
			violents, originaux	14
		collatéraux	aliénés, épileptiques, hystériques, alcooliques, etc.	18

Je n'ai recueilli quelques renseignements suffisamment précis sur les maladies des parents que dans 170 cas. Voici les résultats de ces observations en ramenant la proportion à 100 cas :

Hérédité dans 100 cas.	Parents sans maladie connue		8
	Tuberculeux, syphilitiques		12
	Arthritiques, goutteux, etc.		7
	Alcooliques		15
	Névropathes		17
	Aliénation	chez les parents	14
		chez les collatéraux	16
	Psychasthéniques		28

1. Legrand du Saulle, *Folie du doute*, p. 61.
2. Saury, *Les dégénérés, étude sur la folie héréditaire*. 1886.
3. Magnan, Héréditaires dégénérés. *Archives de neurol.*, 1892, I, 305.

Dans 8 cas seulement pour 100 je ne trouve rien de bien notable chez le père et la mère, il est probable qu'une étude plus attentive de la famille aurait encore réduit ces cas sans hérédité. D'ailleurs c'est dans ces cas qu'il faudrait rechercher les troubles du caractère, la timidité, l'autoritarisme, etc., qui sont plus qu'on ne le croit la préparation de l'état psychasthénique. Dans 12 cas l'un des parents était atteint de tuberculose ou de syphilis. Cette proportion me semble un peu forte, elle est due à ce que la plupart de ces malades appartiennent à la population parisienne pauvre. Dans 7 cas pour 100 je note chez l'un des parents, ou dans quelques cas chez les deux, des formes graves de l'arthritisme, l'obésité, le rhumatisme chronique, la goutte. Cette constatation n'est pas sans importance clinique.

Dans 15 cas, l'un des parents était alcoolique. Dans 17 des cas l'un des parents était atteint d'une névrose grave : épilepsie, hystérie, asthme. Pour l'aliénation proprement dite, nous ne bornons pas notre enquête au père et à la mère, mais aux collatéraux immédiats, oncles, tantes, cousins germains, nous trouvons alors dans 30 cas des antécédents atteints d'aliénation. Ces cas se décomposent ainsi : 14 malades ont leur père ou leur mère atteints d'aliénation et 16 comptent des aliénés parmi leurs collatéraux. En outre, dans 7 observations il faut noter que le père, la mère ou un collatéral immédiat se sont suicidés.

Dans ces derniers cas il y a souvent accumulation, dans le cas de Weu... le père alcoolique est mort de delirium, la grand'-mère paternelle est morte aliénée, la mère était atteinte de délire circulaire, une sœur de la malade est hystérique et deux frères morts dans l'enfance étaient idiots. Voici la généalogie de Fa...



Dans le second volume de cet ouvrage on trouvera beaucoup de cas de ce genre.

Ce qui paraît le plus curieux c'est que dans 47 cas, c'est-à-dire 28 pour 100, je trouve à un degré plus ou moins accentué ce que l'on peut appeler une hérédité similaire; dans 12 de ces cas l'hérédité est absolument semblable et la maladie se répète quelquefois dans tous ses détails. Le père de Mb... avait une manie d'interrogation, de vérification qui ressemble tout à fait aux interrogations que fait maintenant sa fille parvenue au même âge sur la valeur des différents sens. L'obsession du suicide que j'observe actuellement chez Er... existe aussi chez sa sœur, elle a existé chez la mère et chez la grand'mère de ces deux jeunes filles. Dans le cas de Sol... la mère et le fils présentent en même temps la même obsession qui les pousse à penser constamment avec terreur à la mort subite. Dans les autres cas les parents ont d'autres obsessions, d'autres manies bien caractérisées. La mère de Dob... avait des obsessions de jalousie, et Dob... est une agoraphobe. Bow... nous présente la microphonophobie, son fils a la phobie du bégaiement. La grand'mère de Gisèle avait des craintes de dépenser de l'argent, de le voler et de l'amour fou pour les bêtes. La fille de cette malade, à 6 ans, présente des manies d'ordre et des remords obsédants, elle sent déjà « qu'elle n'est pas comme les autres petites filles qui savent avoir des idées gaies ». Trousseau avait déjà remarqué qu'il y a des familles chez qui les tics sont héréditaires, il y en a de même chez qui les phobies et les scrupules se transmettent de génération en génération comme les traits du visage. Lise et sa plus jeune sœur, qui ressemblent à leur père, ont des scrupules comme lui ; son frère, qui ressemble physiquement à la mère, échappe à la maladie.

Dans beaucoup d'observations, où j'ai compté les parents comme sains ou bien comme ne présentant que de l'arthritisme, on trouve cependant chez eux des troubles psychologiques extrêmement intéressants. Ce sont des gens bizarres, des agités, ou bien des mous et des inertes ne pouvant se décider à rien, ou bien des violents, des entêtés incapables de se diriger ou de se contraindre. La mère de Mm... reste absorbée dans ses idées : elle a toujours été une rêveuse ne pouvant jamais se décider à agir, mais elle n'a jamais souffert de l'obsession ; sa fille a le même caractère rêveur, mais elle souffre de ses idées. Le père de Chv... est un inquiet, sans énergie qui s'est tourmenté toute sa vie sans motif, sa fille est une hypocondriaque et une phobique. La mère de Lep..., le

père de Ade..., le père de Bu..., le père de Claire, le père et la mère de Nadia, la mère de Wye..., etc., sont de véritables aboulíques, ne terminant jamais ce qu'ils entreprennent, désespérés et tourmentés par des hésitations au moment d'un changement d'appartement, malades pour le plus petit changement de leurs habitudes. J'ai déjà signalé ces familles comme celle de Ho..., de Sim..., de Za..., où l'un des parents était remarquable par un caractère horriblement autoritaire et j'ai montré que c'était déjà là un trouble de la volonté qui, chez les enfants, aboutit au scrupule.

L'observation de Jean est particulièrement intéressante : il me semble qu'il a fallu une évolution constante dans la même direction pour arriver à constituer son esprit. Le grand-père paternel était un homme à la fois triste et agité, il se tourmentait et s'affligeait d'une manière excessive, il est mort après avoir été plusieurs années dans un état voisin de la mélancolie anxieuse, état déterminé par la mort de sa femme. Le père est un homme extrêmement intelligent, méditatif, mais timoré, sans activité et sans énergie. Pour le plus léger ennui, il tombe dans des états de dépression mentale, n'agit plus et ne parle plus pendants plusieurs jours ; il est très préoccupé de sa santé d'une manière, il est vrai, encore raisonnable, mais qui touche bien à l'hypocondrie. Enfin le fils, Jean, tout à fait aboulique, présente au plus haut degré le délire du scrupule et de l'hypocondrie. On pourrait dire ici avec M. Féré « l'hérédité a besoin d'être accumulée, capitalisée en quelque sort avant de se montrer sous une forme nettement caractérisée, avant de se traduire par une entité morbide à laquelle on puisse imposer un nom[1] ».

Ces dernières observations sur l'hérédité sont intéressantes : elles nous montrent que la maladie de l'obsession n'est que le dernier terme d'une évolution caractérisée par l'abaissement de l'activité mentale qui correspond probablement à un abaissement parallèle de l'activité vitale se manisfestant par l'arthritisme. Comme cet abaissement de l'esprit, cette diminution des phénomènes supérieures de synthèse, de volonté et d'attention et leur remplacement par les phénomènes inférieurs de l'agitation mentale, de la rêverie, de l'émotivité est aussi le point de départ de la plupart des aliénations et des névroses, il n'est pas surprenant que des familles engagées dans cette voie descendante n'aboutis-

1. Féré, *La famille névropathique*, 1894.

sent pas toujours à l'obsession proprement dite, mais que plusieurs de leurs membres dévient dans d'autres directions l'épilepsie, l'hystérie ou d'autres psychoses.

2. — *Les stigmates physiques de dégénérescence.*

Cette influence de l'hérédité a conduit à rechercher chez les obsédés des marques physiques d'organisation incomplète ou défectueuse, les stigmates physiques de la dégénérescence. Morel signalait déjà ce problème; Legrand du Saulle y insiste dans son étude clinique sur l'état mental de Sandon, 1878[1]. Il signale les malformations du crâne, l'aplatissement de la région postérieure de la tête, le défaut d'harmonie du front et de la tête; l'asymétrie, le strabisme, le nystagmus, la grandeur de la bouche, l'épaisseur de la lèvre inférieure, l'irrégularité dentaire, la décadence rapide et précoce de la dentition, l'asymétrie et l'étroitesse de la voûte du palais, l'asymétrie, l'implantation vicieuse, la forme anormale du pavillon de l'oreille, l'arrêt de développement des organes génitaux, etc.

M. Magnan et toute son école ont beaucoup insisté sur l'importance de ces stigmates physiques dont ils se servent pour ranger ces malades parmi les dégénérés[2]. Parmi les travaux récents on peut signaler ceux de Binder sur l'oreille de Morel[3], ceux de Metzger sur les signes de la dégénérescence[4], cet auteur remarque justement qu'il ne faut accorder de l'importance qu'au concours de plusieurs de ces signes associés chez le même individu, de M. Ladame[5], de M. Iscovesco[6], etc.

1. Legrand du Saulle, *Signes physiques des folies raisonnantes, étude clinique sur l'état mental de Sandon*, 1878.

2. Magnan, *Journal des conseils médicaux*, 26 novembre 1889. Leçons faites à Sainte-Anne, recueillis par Legrain. Legrain, *Du délire chez les dégénérés*, 1885. Magnan. Des signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire. *Ann. méd. psych.*, janvier 1886, p. 90. Discussion. *Ann. méd. psych.*, 1886, p. 270, 427, 444. *Archives de neurologie*, 1892, II, 308.

3. Binder, L'oreille de Morel. *Arch. f. Psych.*, XX, 2, 1890.

4. Metzger, Étude des signes de la dégénérescence. *All. Zeitschr. f. Psych.*, XLV, 5, 1890.

5. Ladame, *Revue de l'hypnotisme*, 1891, p. 137.

6. Iscovesco, Trois cas d'impulsion chez des dégénérés. *Ann. méd.-psych.*, 1898, II, 62.

MM. Pitres et Régis ont cependant fait à ce propos une remarque très juste, c'est que ces tares physiques sont loin d'accompagner toujours et régulièrement les troubles moraux des phobies et des obsessions. « La plupart des obsédés ont le crâne bien conformé, les dents bien implantées, les organes génitaux normalement développés, ils ne présentent même pas plus souvent que les sujets réputés sains les petits stigmates auxquels on était porté naguère à attacher une importance fort exagérée. » Ces auteurs dans une enquête sur 50 sujets ont examiné l'état de la voûte palatine, la forme des oreilles, l'existence ou l'absence du tremblement des mains et ils n'ont pas obtenu des résultats différant sensiblement de ceux qu'on obtient d'ordinaire chez des sujets normaux.

Je n'ai pas fait la même enquête aussi systématiquement : je constate de temps en temps quelques-uns de ces signes qu'on est convenu d'appeler stigmates physiques de dégénérescence, j'ai noté deux cas de bec-de-lièvre, douze cas d'asymétrie faciale très nette, en particulier chez Jean, une trentaine de fois la voûte palatine ogivale, quelques implantations des dents très irrégulières, en particulier chez Lo... et chez Ver..., l'oreille de Morel, l'asymétrie du visage et du corps, des plaques de vitiligo sur la peau chez Vk..., le gigantisme chez Gisèle, femme de $1^{m},86$ et le nanisme chez Far..., homme de $1^{m},38$, l'asymétrie remarquable de la couleur de l'iris dans les deux yeux chez Fa..., l'arrêt de développement des seins et des organes génitaux chez Mw... qui n'est pas encore réglée à 30 ans, etc.

Cependant, il faut observer que ces déformations sont loin d'être la règle, il ne faut pas oublier que l'on rencontre des scrupuleux qui sont de très beaux hommes, d'une conformation irréprochable comme Rk... Je suis disposé à conclure comme MM. Pitres et Régis que ces malformations sont très loin d'avoir chez les obsédés la même fréquence et la même importance que chez les idiots et même chez les épileptiques.

Ce que l'on observe plus souvent ce sont ces troubles fonctionnels qui se manifestent dès l'enfance et qui indiquent une résistance défectueuse du système nerveux. Dans douze cas parmi les antécédents personnels j'ai noté des convulsions infantiles. Le fait a une petite importance : on sait que ces convulsions sont très rares dans les antécédents des hystériques et qu'elles sont au contraire très fréquentes dans les antécédents des épilepti-

ques, or, comme on l'a vu, je suis tenté de rapprocher nos psychasthéniques des épileptiques. Dans 7 cas, j'ai noté l'incontinence nocture infantile, se prolongeant jusqu'à 10, 12 et 15 ans, dans trois cas du bégaiement. Dans un de ces cas assez curieux, le bégaiement a guéri vers l'âge de 22 ans, au moment où a commencé l'évolution des troubles mentaux.

Si les stigmates physiques de la dégénérescence ne sont pas toujours évidents, il y a cependant une faiblesse du système nerveux qui se manifeste par ces troubles fonctionnels et qui sera encore plus évidente quand nous considérerons le caractère moral antérieur à la maladie proprement dite.

3. — *Le sexe et l'âge.*

En outre de l'hérédité, le sexe semble jouer un certain rôle comme condition prédisposante. En faisant la statistique des observations maintenant assez nombreuses que j'ai recueillies et qui s'élèvent au nombre de 325, je constate qu'il y a parmi ces malades 95 hommes et 230 femmes. La différence est considérable puisque le nombre des femmes, 71 pour 100, est plus de trois fois celui des hommes, 29 pour 100. Quelques remarques peuvent peut-être diminuer cette différence, les hommes ont moins que les femmes le temps de venir se plaindre d'une maladie semblable de l'esprit, ils s'occupent moins des détails de leur pensée. Mais cela même confirme qu'ils sont moins susceptibles de devenir des scrupuleux. On peut admettre en résumé qu'il y a un quart d'hommes pour trois quarts de femmes : c'est une remarque qui a déjà été faite à propos de l'hystérie et en général à propos des névroses.

Elle s'accorde avec cette opinion générale peu galante, mais assez vraie : c'est que la femme est en général d'un niveau mental inférieur à celui de l'homme, en entendant toujours la hiérarchie mentale dans le sens que j'ai indiqué, qu'elle a plutôt les fonctions inférieures de la rêverie et de l'émotivité et qu'elle a moins les fonctions supérieures qui agissent sur le réel, le perçoivent et le modifient.

Il est plus difficile de déterminer l'influence de l'âge : on peut commencer par dresser un tableau indiquant l'âge qu'avaient les

malades au moment où ils se sont présentés à notre examen pour la première fois, c'est ce que MM. Pitres et Régis ont fait dans le tableau suivant que résume 250 observations [1] :

AGE	HOMMES	FEMMES	TOTAL
De 11 à 15 ans..	2	4	6
16 à 20 ans..	5	7	12
21 à 25 ans..	17	15	32
26 à 30 ans..	14	36	50
31 à 35 ans..	17	28	45
36 à 40 ans..	11	27	38
41 à 45 ans..	8	18	26
46 à 50 ans..	7	8	15
51 à 55 ans..	6	5	11
56 à 60 ans..	2	4	6
61 à 65 ans..	5	1	9
66 à 70 ans..	1	0	1
71 à 75 ans..	1	0	1
	96	154	250

J'ai tiré un tableau semblable de 301 observations que j'ajoute ici à côté du précédent à titre de document :

AGE	HOMMES	FEMMES	TOTAL
De 5 à 10 ans..	0	1	1
11 à 15 ans..	4	6	10
16 à 20 ans..	9	19	38
21 à 25 ans..	11	35	46
26 à 30 ans..	16	43	59
31 à 35 ans..	12	33	45
36 à 40 ans..	13	26	39
41 à 45 ans..	6	16	22
46 à 50 ans..	3	15	18
51 à 55 ans..	10	7	17
56 à 60 ans..	1	6	7
61 à 55 ans..	2	3	5
66 à 70 ans..	0	1	1
71 à 75 ans..	1	1	2
76 à 80 ans..	1	0	1
	89	212	301

Ce tableau s'accorde d'une manière intéressante avec celui de MM. Pitres et Régis : il montre comme le précédent que les obsédés viennent demander des soins à peu près à tous les âges. En réalité, aucun âge n'est totalement exempt de cette maladie.

1. Pitres et Régis, *op. cit.*, p. 69.

Mais il est certain aussi que dans l'enfance et l'extrême jeunesse les cas que l'on présente au médecin sont fort rares, de même à partir de 50 ans on note dans les deux tableaux une décroissance très rapide. Les cas d'obsession dans l'enfance ou dans la vieillesse sont toujours signalés comme des raretés cliniques [1]. La période la plus favorable au développement de cette maladie semble être entre 20 et 50 ans, c'est-à-dire dans l'âge adulte. Enfin par une coïncidence qui ne peut pas être fortuite, les deux tableaux nous montrent le maximum au même âge entre 26 et 30 ans, il semble bien que ce soit là la période la plus active de la maladie si on veut bien admettre que la gravité de la maladie est en rapport avec l'activité que mettent les malades à rechercher les soins du médecin.

Une statistique qui serait beaucoup plus intéressante nous donnerait non plus l'âge où les malades se présentent chez le médecin, mais l'âge où la maladie a débuté ; malheureusement cette statistique est presque impossible à établir. La maladie des obsessions procède souvent par rechutes successives séparées par des périodes d'amélioration relative. Les malades sont trop portés à donner comme le début de leur maladie la date du début de leur dernière rechute grave et laissent de côté la date du début véritable quelquefois très éloignée. Par exemple Vor..., femme de 58 ans, vous dira volontiers que sa maladie actuelle, le scrupule urinaire, a commencé il y a deux ans ; ce n'est qu'incidemment qu'elle raconte avoir été soignée par Charcot à l'âge de 18 ans, pour une crainte bizarre de dire des mensonges en confession. Elle est toute surprise quand on lui fait reconnaître que c'est toujours la même maladie. On commet ainsi, en prenant la date d'une rechute pour la date du début, de grossières erreurs.

Mais une deuxième difficulté est plus grave encore ; qu'est-ce qu'on appelle le début véritable d'une maladie semblable ? Est-ce le début de l'obsession proprement dite ? Mais il peut y avoir auparavant des crises de rumination, des phobies, des tics qui sont, comme on l'a vu, la préparation de l'obsession ; admettra-

1. H. Berger, Obsession et impulsion chez un enfant de 10 ans. *Arch. f. Psychiatrie*, XVIII, 3, 1890. J. Séglas, Neurasthénie tardive avec idées obsédantes et folie du doute chez un homme de 56 ans. *Société médico-psych.*, 25 mai 1891.

t-on ces crises comme début ? Mais il y a auparavant des sentiments pathologiques d'irréel, des inquiétudes, des aboulies qui sont à notre avis la maladie elle-même. Or, ces phénomènes ont pu commencer des années avant l'éclosion de l'obsession. Choisir la date entre ces deux extrêmes est tout à fait arbitraire.

Il en résulte une conséquence singulière : plus l'observation d'un malade est étudiée, plus on reconnaît que les troubles sont anciens et plus on est disposé à prendre comme date du début un âge très jeune, plus l'observation est sommaire, plus on accepte d'après les dires du malade un âge avancé. Il résulte de ces difficultés qu'une statistique de l'âge du début est presque impossible ou du moins qu'il faut la considérer comme une indication vague sans pouvoir y attacher une grande précision.

MM. Pitres et Régis ont essayé une statistique de ce genre dont voici les résultats [1] :

AGE	HOMMES	FEMMES	TOTAL
De 5 à 10 ans..	6	8	14
11 à 15 ans..	8	24	32
16 à 20 ans..	2	9	11
21 à 25 ans..	4	10	14
26 à 30 ans..	4	9	13
31 à 35 ans..	0	9	9
36 à 40 ans..	1	0	1
41 à 45 ans..	0	1	1
46 à 50 ans..	1	2	3
51 à 55 ans..	1	0	1
56 à 60 ans..	0	1	1
	27	73	100

Pour établir le tableau suivant portant sur 186 malades seulement, mieux connus que les autres à ce point de vue, j'ai essayé dans la mesure du possible de noter le début du premier accident indépendamment des rechutes et je n'ai considéré, comme début, que des accidents réels, en général des agitations forcées sous forme de manies mentales, de tics ou d'angoisse, inquiétant le malade ou son entourage sans remonter jusqu'aux troubles du caractère qui dans la plupart des cas s'étaient manifestés beaucoup plus tôt.

1. Pitres et Régis, *op. cit.*, p. 70.

AGE	HOMMES	FEMMES	TOTAL POUR 186	TOTAL POUR 100
De 5 à 10 ans. . . .	3	4	7	3,7
11 à 15 ans. . . .	6	23	29	15,5
16 à 20 ans. . . .	13	33	46	24,3
21 à 25 ans. . . .	8	20	28	15,2
26 à 30 ans. . . .	5	33	38	20,4
31 à 35 ans. . . .	9	2	11	5,9
36 à 40 ans. . . .	3	8	11	5,9
41 à 45 ans. . . .	0	6	6	3,2
46 à 50 ans. . . .	2	4	6	3,2
51 à 55 ans. . . .	0	0	0	0
56 à 60 ans. . . .	0	2	2	1,07
61 à 65 ans. . . .	1	1	2	1,07
	50	136	186	100

Ici les deux tableaux ne sont plus aussi concordants que tout à l'heure, ils montrent bien tous les deux le nombre considérable des débuts dans la jeunesse, nombre qui va en diminuant à mesure que l'âge avance. Mais dans le tableau de MM. Pitres et Régis le maximum se trouve entre 11 et 15 ans, tandis que dans le mien le maximum se trouve un peu plus tard entre 16 et 20. Les auteurs précédents concluent leur étude en disant : « plus de la moitié des cas commence dans l'enfance avant la fin de la quinzième année, plus des trois quarts avant la trentième[1]. » Mon tableau ne me permet pas d'avoir tout à fait la même formule et je dirai : à peu près la moitié des cas commencent avant la fin de la vingtième année et plus des trois quarts avant la trentième.

Cette remarque sur l'âge du début le plus fréquent, n'est pas sans intérêt. Tous les auteurs sont d'accord pour admettre l'énorme influence de la puberté. Legrand du Saulle disait que chez des prédisposés par l'hérédité l'âge de la puberté ne va pas sans orages et sans périls. M. J. Falret ajoutait qu'à la puberté, il se fait comme une bifurcation, les uns sont frappés d'un arrêt de développement et se dirigent vers la débilité intellectuelle, les autres vers des phobies raisonnantes. « J'ai été frappé de ce fait, écrivait Baillarger[2], que presque toujours la maladie du doute avait débuté à l'époque de la puberté. » M. Marro insiste beaucoup sur ces dangers de la puberté : l'activité de la croissance,

1. Pitres et Régis, *op. cit.*, p. 70.
2. Baillarger, Folie du doute. *Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses*, Paris, 1861.

dit-il, correspond à un arrêt du perfectionnement organique ; il y a à ce moment, surtout chez les femmes, une diminution dans la quantité d'acide carbonique éliminé qui indique un ralentissement de la nutrition[1], et il y a une prédisposition à toutes les maladies mentales. Toutes ces remarques sont fort justes et le début des règles chez la femme est bien souvent le début des phobies et des obsessions.

Depuis longtemps j'essaye de montrer qu'il ne faut pas tenir compte uniquement de la puberté physique mais qu'il faut tenir compte aussi de la puberté morale qui se produit un peu plus tard. La perception des sensations nouvelles, leur assimilation à la personnalité, tous les sentiments qu'elles entraînent compliquent singulièrement l'existence morale. « Il est un âge, disais-je à ce propos, légèrement variable suivant les pays et les milieux où tous les grands problèmes de la vie se posent simultanément. Le choix d'une carrière et le souci de gagner son pain, tous les problèmes de l'amour et pour quelques-uns tous les problèmes religieux : voilà des préoccupations qui envahissent l'esprit des jeunes gens et qui absorbent complètement leur faible force de pensée. Ces mille influences manifestent une *insuffisance psychologique* qui reste latente pendant les périodes moins difficiles[2]. » L'augmentation du nombre des scrupuleux entre 16 et 20 ans semble confirmer ce rôle que je donnais autrefois à la période de la puberté morale, c'est une influence un peu plus tardive qui s'ajoute simplement à celle déjà considérable de la puberté physique.

Cependant il ne faut pas oublier notre remarque préalable, c'est qu'il est très difficile de fixer l'âge du début et qu'il est très facile en tenant compte des troubles des sentiments, de la volonté, de l'émotivité, de le faire remonter dans certains cas plus haut que je ne l'ai fait. C'est là évidemment ce qui explique les divergences que j'ai notées.

4. — Les conditions physiques déterminantes.

Quelle que soit l'importance de la prédisposition héréditaire,

1. Marro, *Puberté*, p. 42, 67, 243.
2. *Les accidents mentaux des hystériques*, 1894, p. 299.

il est évident que certaines causes déterminantes jouent un rôle dans l'éclosion de la maladie. Tous les auteurs ont noté l'importance des fatigues, des excès, des traumatismes, des maladies infectieuses, de la puerpéralité, etc.[1].

On a rattaché des cas d'une manière nette à des maladies d'estomac[2], à des lésions cardiaques[3], à l'influenza[4], etc. MM. Pitres et Régis ont fait une statistique de 40 cas où les causes physiques semblent avoir eu une grande influence. Ces cas se décomposent ainsi[5]:

Opérations chirurgicales	2
Maladies vénériennes et cutanées.	8
Surmenage..	5
Maladies infectieuses	12
Accidents nerveux.	6
Grossesses.	2
Ménopause.	5

Dans mes observations j'ai noté que les obsessions semblent avoir commencé immédiatement ou quelque temps après les phénomènes suivants et que par conséquent ceux-ci peuvent avoir eu quelque influence sur elles.

Congestion par la chaleur.	1 cas.
Refroidissement de la tête.	1
Surmenage physique..	3
Blessures accidentelles.	4
Contusions à la tête.	1
Opérations chirurgicales..	5
Eczéma et maladies cutanées.	3
Uréthrite.	4
Métrite.	2
Syphilis..	2
Troubles gastriques.	10
Choléra..	1
Bronchite.	2
Influenza.	4

1. Baillarger, *Recherches sur les maladies mentales*, 1890, p. 262. Séglas, *Maladies mentales*, p. 69, etc.
2. Devay. État délirant par auto-intoxication. *Journal méd. et de chir. prat.*, 1873, p. 497.
3. Roubinovitch. Phobie dans un cas d'insuffisance mitrale. *Société méd.-psych.*, 27 mai 1875.
4. Pailhas, Obsessions nerveuses au cours d'une atteinte d'influenza. *Ann. méd. psych.*, 1893, II, 426.
5. Pitres et Régis, *op. cit.*, p. 74.

Pleurésies et pneumonies.	3
Tuberculose.	2
Variole.	2
Typhoïde.	11
Accidents nerveux.	22
Puberté tardive et dysménorrhée.	2
Onanisme.	7
Grossesse.	4
Fausses couches et hémorragies.	3
Accouchement.	1
Allaitement.	3
Ménopause.	3

Il est évident que l'influence de beaucoup de ces causes est loin d'être directe, je suis disposé à croire que plusieurs de ces accidents sont déjà la première manifestation de la maladie et non sa cause. Il en est ainsi probablement pour plusieurs des troubles gastriques, pour plusieurs des cas d'onanisme et pour ce que nous avons appelé accidents nerveux, les sommeils que présentait Gisèle, les crises convulsives de Vod..., etc. Il est probable que ces accidents ont été considérés à tort comme hystériques et qu'ils étaient déjà des crises d'engourdissement ou d'agitation comme en présentent les psychasthéniques. Il est probable aussi que beaucoup de ces accidents n'ont pas agi comme cause physique mais uniquement par l'émotion, par le choc moral qui les accompagnaient, il en est ainsi pour ces blessures à la main faites par une aiguille, pour l'eczéma du périnée chez Vor..., pour la syphilis chez Tk..., pour plusieurs des accouchements.

Cependant un certain nombre de ces phénomènes ont une action bien certaine, le surmenage chez Ez..., qui soigne son mari nuit et jour pendant 5 mois et qui commence immédiatement après une aboulie à l'âge de 30 ans quand rien n'existait auparavant, la syphilis d'une femme de 28 ans accompagnée d'anémie, c'est le seul cas d'ailleurs où j'aie vu la névrose céder complètement au traitement spécifique de la syphilis.

La fièvre typhoïde qui se rencontre dans un si grand nombre de cas joue un rôle incontestable. Trois fois j'ai vu des personnes de trente ans présentant très peu d'antécédents héréditaires, d'une santé morale antérieure très complète, être transformées par la fièvre typhoïde et devenir rapidement abouliques, douteurs, obsédés.

La puberté n'agit évidemment que chez les prédisposés, on peut dire cependant que l'apparition tardive des règles vers 16

ou 18 ans, les douleurs qui accompagnent la dysménorrhée ne sont pas sans avoir une influence directe.

L'accouchement, surtout lorsque, comme chez Fok..., il se complique d'accidents infectieux, est fréquemment le point de départ d'accidents mentaux graves, quoique la prédisposition ne fût que légère auparavant.

Un problème bien plus intéressant et plus délicat se pose quand on considère l'influence de l'onanisme et des divers troubles des fonctions sexuelles. Un grand nombre d'auteurs ont attiré l'attention sur l'influence considérable que les fonctions génitales exercent sur les fonctions mentales. Tous les anciens auteurs et en particulier Legrand du Saulle avaient déjà signalé l'influence de l'onanisme. Une belle observation de délire du scrupule qui se trouve rapportée dans le livre curieux de Zimmermann « la Solitude » est rattachée par l'auteur « à cette habitude déplorable[1] ». Cette influence délétère était donc communément admise mais d'une manière un peu vague.

M. Freud, de Vienne, a essayé de montrer que les névroses et en particulier l'hystérie et la névrose d'angoisse avaient pour origine exclusive des troubles des fonctions génitales[2]. « L'hystérie aurait pour origine un souvenir inconscient relatif à la vie sexuelle et remontant à la première enfance, la neurasthénie serait due au surmenage génital par masturbation excessive et pollutions répétées et la névrose d'angoisse proviendrait de la satisfaction incomplète du besoin sexuel[3]. » L'origine de la maladie qui nous occupe et qui est, comme on l'a vu, bien voisine de la névrose d'angoisse de Freud serait bien simple : « Son étiologie spécifique est l'accumulation de la tension génésique, provoquée par l'abstinence ou l'irritation génésique fruste (formule générale pour indiquer l'effet du coït réservé, de l'impuissance relative du mari, des excitations des fiancés, de l'abstinence forcée, etc.) ». Plusieurs auteurs ont publié des statistiques curieuses pour montrer le bien fondé de cette interprétation : les plus importantes sont celles de

1. Zimmermann, *La solitude*, p. 154, même opinion dans le livre de M. Dagonet, *Maladies mentales*, 1894, p. 424.

2. Freud (de Vienne). Die sexuelität in der Œtiologie des neurosen. *Wiener klin. Rundschau*, 1896, 2, 4, 5, 7.

3. Les théories de M. Freud sur ce point sont clairement résumées dans le petit historique de la névrose d'angoisse de M. Hartenberg, p. 14.

M. Gattel[1], de M. Tournier[2], de M. Tschisch[3], de M. Kish[4], de M. Féré[5], etc.

Cette proposition parait au premier abord singulière, mais une observation désintéressée montre qu'elle contient certainement une part de vérité. Si on peut avoir des renseignements, des aveux sur la vie sexuelle des malades, on voit qu'elle est presque toujours troublée et qu'elle est bien troublée en effet dans le sens qu'indique Freud. Ces personnes ont des désirs, souvent même trop fréquents, ils essayent de les satisfaire, mais n'y parviennent que très incomplètement. Les uns le constatent avec résignation, les autres s'en irritent et font des efforts désespérés et ridicules pour retrouver ce Paradis perdu. Chez ceux-ci et à un moindre degré, mais d'une manière également certaine, des troubles remarquables, ruminations, agitations, angoisses accompagnent ces excitations sexuelles incomplètes. On peut remarquer, comme le dit très bien M. Tournier, que le même trouble existe dans l'amour moral comme dans l'amour physique « cette névrose se réalise, dit-il, chez le jeune homme par besoin sentimental non satisfait, par aspiration vers l'amour du cœur... » Nous avons décrit longuement ces besoins du cœur chez les psychasthéniques.

J'admets donc le fait signalé de M. Freud, mais je crois qu'il faut l'interpréter d'une autre manière. M. Freud considère le trouble sexuel, la satisfaction insuffisante comme un fait primitif résultant des circonstances extérieures ou de la conduite volontaire du malade, et il admet que c'est cette insuffisance accidentelle des excitations génitales qui détermine de toutes pièces la névrose considérée comme postérieure. Divers auteurs, en particulier M. Löwenfeld, de Munich[6], et M. Hartenberg, ont fait des objections très justes. « La marche de l'affection, dit ce dernier auteur, avec ses améliorations et ses rechutes, ne concorde nullement avec les diverses phases de la vie sexuelle[7]. » Cela me

1. Gattel, *Ueber die schneller Ursache der Neurasthenie und Angstneurose*.
2. Tournier, Essai de classification étiologique des névroses. *Archives d'anthropologie criminelle*. Lyon, 15 janvier 1900.
3. Tschisch, *Comptes rendus du IVe Congrès de la Société des médecins russes de Kiew*, 1896.
4. Kish, *Névrose cardiaque d'origine sexuelle chez la femme*, 1897. Cf. Hartenberg, *loc. cit.*, p. 38.
5. Ch. Féré, *L'instinct sexuel*, 1899 (Paris, F. Alcan).
6. Lövenfeld (Munich). *Munch. med. Wochenschrift*, n° 13, 1895.
7. Hartenberg, *Névrose d'angoisse*, 1901, p. 27.

semble incontestable : même si je me borne à considérer les malades qui présentent uniquement de l'angoisse, pour ne pas sortir du groupe étudié par M. Freud, je ne vois pas que les circonstances extérieures aient toujours déterminé chez eux cette insuffisance du coït au moment de leurs rechutes. Bien loin de là, j'ai eu des aveux significatifs, me démontrant qu'ils avaient à leur disposition les moyens d'une satisfaction largement suffisante.

Si j'admets les faits signalés par M. Freud et M. Tournier, je suis disposé à les interpréter d'une tout autre façon. Même dans la masturbation, même dans le coït réservé, et à plus forte raison dans le coït normal, ces personnes pourraient trouver une satisfaction suffisante *si elles étaient normales*. Mais elle ne le sont pas et ces insuffisances de l'émotion sexuelle ne sont qu'une manifestation, un cas particulier de leurs insuffisances psychologiques. C'est parce qu'elles deviennent de plus en plus incapables de pousser un phénomène psychologique jusqu'à son terme qu'elles s'arrêtent à moitié chemin dans cette émotion comme dans les autres.

Il se pourrait même que, du moins dans certains cas, l'onanisme lui-même, avec son isolement, ses restrictions, soit en rapport avec les premières manifestations de la maladie. « Il ne faut pas oublier, comme Lasègue aimait à le rappeler, que l'onanisme est souvent le symptôme d'un état morbide, d'une névrose cérébrale. Souvent la folie n'est pas consécutive à l'onanisme, mais il existait un état cérébral qui a engendré l'onanisme [1]. » Il n'en est pas moins vrai que dans quelques cas les pratiques signalées par M. Freud peuvent favoriser cet arrêt des émotions, développer l'habitude des phénomènes d'incomplétude et par conséquent être fort nuisibles.

En un mot, je ne crois pas qu'il y ait lieu de faire jouer dans cette maladie un rôle spécial aux phénomènes sexuels. Il suffit d'admettre avec M. Marro, MM. Pitres et Régis, M. Haskovec, que tous les troubles de la sphère génitale, puberté, âge critique, menstruation, lactation, onanisme, ont une influence déprimante dans cette maladie comme d'ailleurs dans toutes les névroses [2]. L'épuisement déterminé par ces troubles génitaux s'ajoute sim-

1. Lasègue, *Études médicales*, II, p. 347.
2. Marro, *La puberté*, p. 82. Pitres et Régis, *op. cit.*, p. 31. Haskovec, *op. cit.*, p. 126.

plement à tous ceux qui ont été relevés à propos des traumatismes, des maladies infectieuses, des accouchements.

5. — *Les conditions morales déterminantes.*

Les conditions morales qui interviennent dans la constitution de la maladie sont assez difficiles à analyser, parce qu'elles sont très nombreuses et très variées et surtout parce qu'elles jouent des rôles très différents dans la formation de cet état psychologique assez complexe. Les unes en effet semblent intervenir pour déterminer ou pour aggraver l'état d'abaissement psychologique qui est le point de départ de la maladie. Les autres déterminent des dérivations et sont simplement l'occasion des ruminations ou des phobies, tandis que l'état mental état déjà abaissé primitivement. Les autres donnent au sujet une interprétation de ce qu'il ressent souvent depuis longtemps, et sont l'occasion à propos de laquelle se forment les obsessions.

Le plus souvent, toutes ces circonstances qui jouent des rôles si différents sont confondues pêle-mêle, et les auteurs se bornent à énumérer sans aucun ordre une série d'événements de la vie des sujets qui semblent avoir précédé une aggravation de la maladie. Mettre de l'ordre dans cette énumération, montrer le rôle joué par tel ou tel événement ne peut être fait que pour un petit nombre de malades très connus et suppose une foule de discussions que nous avons déjà faites au cours de cet ouvrage. Je ne puis ici qu'indiquer sommairement les faits qui, le plus fréquemment, interviennent de telle ou telle manière, mais il est évident, à cause de la complexité des circonstances, que cette action varie souvent suivant les sujets.

1. — *Le caractère.*

La première des conditions morales antécédentes qui me paraît essentielle, quoiqu'on en parle généralement fort peu, c'est une manière d'être générale, une façon de se conduire, un caractère en un mot, qui existait chez les sujets depuis fort longtemps, quelquefois depuis leur première enfance et qui s'est développé

lentement dans le même sens pendant les mois ou les années qui ont précédé la maladie.

Ce caractère est facilement reconnaissable, il est constitué par des phénomènes analogues à ceux que j'ai décrits à propos des insuffisances psychologiques et des crises de dérivation. On y retrouvera d'abord, mais à un degré plus faible, toutes les formes de l'aboulie. Ce sont des individus qui ont peu ou point de résolution et d'activité volontaire. Ce qui leur répugne surtout, c'est l'action sociale et ils sont avant tout des timides, incapables d'agir et de parler devant les autres hommes. Ils ont un caractère renfermé, car ils ne peuvent développer leurs pensées et leurs sentiments, ils ne peuvent les amener à l'état de précision susceptible d'expression quand il y a des témoins. Même quand ils sont seuls ils n'aiment pas agir et ils agissent mal ; souvent ils ont en horreur les exercices physiques et surtout ceux où il faut construire quelque chose. Ils ont toujours été d'une maladresse étonnante et ils ne savent rien faire de leurs mains.

Ils sont indécis, ils n'aiment point à prendre des décisions, ils redoutent horriblement les responsabilités. Aussi ont-ils pris l'habitude de ne jamais agir personnellement, ils se laissent conduire par tout le monde et même s'ils se rendent compte, car ils sont fort intelligents, qu'ils sont mal conduits, ils ne font aucun effort pour échapper à la direction et pour se diriger seuls. C'est qu'il y a une chose encore plus pénible pour eux que la décision personnelle, c'est la lutte. Ils ont horreur de lutter contre qui que ce soit et c'est pour cela qu'ils ont la réputation d'avoir un caractère doux. Jamais leur intérêt compromis ne leur paraît assez considérable pour les décider à entamer une lutte si pénible. Ils aiment infiniment mieux sacrifier ce qu'ils voient bien être leur intérêt et faire ce qu'on leur demande.

Ce sacrifice d'ailleurs ne leur est pas très pénible, car ils sont très indifférents à leur propre intérêt, surtout s'il est un peu éloigné. Ils sont tout à fait incapables d'être pratiques et cela leur donne un aspect désintéressé. Ce peu de souci de leur intérêt personnel, joint à l'horreur de la lutte, les rend extrêmement honnêtes. Ils ne songent à léser personne et ils souhaitent ardemment que les autres aient autant de respect pour leurs propres droits. Comme ils ont le mépris du terre à terre, de la pratique, ils conçoivent un monde parfaitement honnête et idéal. En effet ils aiment et comprennent mieux les idées. Bien qu'ils soient peu

capables d'une attention soutenue pour les réalités actuelles, ils sont intelligents. Ils ont l'esprit fin, ils sont capables d'observer et de comprendre les choses morales, ils ont une mémoire extraordinaire, beaucoup d'imagination et de raisonnement. Ils vivent dans l'avenir et surtout dans le passé plutôt que dans le présent et ils ont toujours l'esprit rempli de souvenirs et de constructions imaginaires. Il en résulte qu'ils adorent la poésie, la philosophie, la religion : tout ce qui est vague, loin de toute démonstration précise et définitive et surtout loin de toute application pratique les séduit de prime abord.

Les rêveries poétiques et mystiques conviennent à leurs dispositions mélancoliques car ils sont plutôt tristes et disposés à la rêverie solitaire. Aussi ont-ils besoin d'être sans cesse excités et réveillés ; mais ces excitations doivent être bien graduées et faites avec délicatesse, car la moindre des choses semble les mettre dans des états d'émotion indescriptible. Le cœur joue chez eux un grand rôle et ils ont de grandes amours, d'autant plus grandes que l'objet en est surtout imaginaire et qu'ils ne se rendent aucunement compte du caractère véritable de la personne qu'ils transforment en un idéal. Presque toujours malheureux dans ces belles amours, car leur timidité énorme, leur défaut de connaissance des hommes, leur inhabileté à profiter des circonstances les rendent toujours incompris, ils ont d'énormes désespoirs. Cette émotivité est irrégulière : tantôt ils restent indifférents, tantôt ils se bouleversent pour la moindre des choses. Ces émotions qu'ils craignent, ces amitiés qu'ils ont besoin d'obtenir et qui leur font défaut, ce monde hostile avec lequel ils redoutent d'avoir à se mesurer, ces résolutions qu'il faudrait prendre et qui sont toujours en retard, tout cela les met dans une inquiétude continuelle qui se traduit souvent en dehors par une agitation inutile. Ce caractère tout spécial, aboulique, timide, non combattif, idéaliste, amoureux, émotionnable et surtout inquiet n'est pas sans doute la maladie constituée ; mais il la prépare d'une manière remarquable, à un tel point qu'on l'observe chez plus des deux tiers des sujets, bien avant que n'apparaisse aucun trouble caractéristique considéré comme morbide.

2. — *L'éducation.*

A ce caractère fondamental, héréditaire et préparé, comme on

l'a vu, par plusieurs générations évoluant dans le même sens s'ajoute très souvent une éducation déplorable qui tend à développer les tares de ces esprits. Cette éducation est due à ce fait que les parents, sans avoir été malades à proprement parler et par conséquent sans avoir ressenti les inconvénients graves de cet abaissement de la tension mentale, ont eux-mêmes un caractère absolument semblable. Ils semblent faire tous leurs efforts pour enlever à leurs enfants les occasions d'agir, ils prennent pour eux toutes les décisions, ils les empêchent d'affronter aucun danger, d'entreprendre aucune lutte, ils ne leur donnent que des leçons de prudence et d'abstension. Témoin ce pauvre Jean qu'une bonne accompagne au lycée alors qu'il avait déjà 18 ans, de peur qu'il ne se refroidisse ou qu'il ne se batte avec ses camarades (!!) et qui devient la risée de tout le collège.

A l'influence des parents s'ajoute l'éducation absurde des jeunes Français qu'on laisse pendant d'interminables heures d'étude rêver derrière leurs dictionnaires et à qui on interdit tout mouvement et tout exercice pratique. Je suis frappé de voir combien cette éducation des jeunes gens et même des jeunes filles en France développe chez eux le tempérament aboulique et comme elle prépare des scrupuleux. Je me suis posé à ce propos une question que je ne peux pas résoudre : dans les pays où l'éducation est toute différente, en l'Angleterre en particulier, est-ce que cette maladie des obsessions est aussi répandue qu'en France ? C'est un problème qu'il serait intéressant de résoudre par quelques statistiques.

Après ces conditions générales du caractère antérieur et de l'éducation, quelles sont les circonstances morales qui jouent un rôle dans l'éclosion de la maladie ?

3. — *Les problèmes de la vie.*

Je signalerai d'abord les problèmes posés par la vie. Quelles que soient les précautions des parents pour épargner à leurs enfants toute difficulté à résoudre, quelle que soit la prudence du sujet pour n'engager de lutte avec personne et pour ne se mêler de rien, il est impossible d'éviter qu'il ne se présente jamais une décision à prendre, un problème à résoudre. Très souvent, dans une douzaine de mes observations, par exemple, l'accident survient à propos du mariage. Tout a été si bien préparé que le

mariage s'est presque fait tout seul, mais cependant il arrive un moment où notre débile doit enfin faire quelque chose lui-même, c'est-à-dire prononcer le « oui » sacramentel. Il faut se décider, décider si « oui » ou « non » on consent à ce mariage : le sujet s'aperçoit alors peut-être pour la première fois de sa vie qu'il doit choisir, conclure et que cela a quelque importance.

Le moment où il s'aperçoit de cette nécessité est plus ou moins tardif. Les uns, ce sont les plus sages, sentent la difficulté avant les fiançailles, les autres, toujours heureux de retarder une décision à prendre, disent « oui » aux fiançailles sans réfléchir et sans se décider simplement, suivant leur habitude, pour ne pas désobliger et ne pas engager de lutte : ils se réservent pour plus tard. La nécessité de la décision leur apparaît au moment du mariage. D'autres attendent plus tard encore, et se laissent marier sans savoir ce qu'ils font, puis se posent la question au moment de l'acte conjugal ou même plus tard encore, après quelques mois de vie commune ils se demandent, si oui ou non, ils acceptent ce mariage. Quoi qu'il en soit de ces différentes époques, une fois la question posée, la situation est toujours la même. Le malade par suite de l'abaissement de sa tension psychologique est incapable d'arriver à une décision. Ses efforts aboutissent seulement à des phénomènes de dérivation, ruminations interminables, folie du doute, angoisses, etc... J'ai cité déjà trop d'exemples de ces jeunes filles qui se demandent si elles aiment ou si elles détestent leurs fiancés, de ces hommes qui ne savent pas s'ils pourront s'habituer à leurs femmes pour y revenir ici. M. Savage a décrit quelques-uns de ces « troubles de l'esprit déterminés à l'occasion des fiançailles ». Il admet que « ce qui produit le trouble c'est la concentration des sentiments et des émotions vers les organes de la reproduction, c'est l'accumulation des désirs et des besoins par défaut d'assouvissement [1] ». Si j'admets l'importance du fait, j'hésite à admettre l'explication : l'incapacité de prendre une décision en présence d'une situation nouvelle et grave me paraît bien plus importante qu'un inassouvissement génital très hypothétique. D'ailleurs le même trouble, comme je l'ai dit, survient même après le mariage et d'ailleurs il existe dans des actes très différents.

1. G. Savage. Des troubles d'esprit développés à l'occasion des fiançailles. *Journal of mental Science*, octobre 1888, trad. de V. Parant, *Encéphale*, 1888.

Beaucoup d'autres circonstances déterminent le début du mal par un mécanisme analogue à celui que nous venons de voir dans le mariage, par exemple, les changemeuts de situation. Un professeur de l'enseignement secondaire se trouve sur le point d'être chargé d'un cours dans l'enseignement supérieur, un instituteur primaire va être changé de classe et va enseigner dans des conditions légèrement différentes : cela suffit par déterminer des crises terribles de doute et d'angoisse. On a l'habitude de désigner ces phénomènes comme des émotions et de dire que dans ces cas la maladie a une origine émotionnelle. L'émotion me paraît ici secondaire, la question essentielle est de savoir pourquoi un changement de classe est émotionnel : il ne l'est que parce qu'il pose au sujet un problème, qu'il le force à prendre une décision, à faire effort pour une adaptation nouvelle. Des faits de ce genre se présentent assez souvent au début de la folie du doute.

Voici les changements qui, chez mes malades, ont joué le plus souvent un rôle. Le fait de se retirer des affaires détermine la maladie dans deux cas, la nécessité de choisir une carrière intervient dans quatre cas, le problème de la vocation religieuse, entrer ou non au couvent, dans huit cas, le changement de résidence dans trois cas, le changement de fortune dans deux, un héritage embarrassé et des procès dans trois, l'introduction de domestiques nouveaux dans la maison ou le départ de domestiques anciens dans cinq. Peut-être peut-on rattacher au même groupe les embarras moraux causés par un enseignement nouveau et les troubles apportés dans les anciennes croyances par des lectures nouvelles : c'est ainsi que dans deux cas la classe de philosophie a été pour des jeunes gens le point de départ des obsessions.

Un fait qui a une très grande importance au point de vue pathologique, c'est la première communion qui pourrait être rangée à la fois dans ce groupe et dans les suivants. Cet événement impose un effort d'attention qui rend l'acte difficile, il pose des problèmes relatifs à la croyance, enfin il émotionne, c'est ainsi qu'il est si souvent le point de depart de la première crise d'angoisse ou de scrupule.

Dans un groupe voisin nous placerons les circonstances qui imposent au psychasthénique un effort, une lutte qu'il a toujours évités. Une plaisanterie obscène dans un cas, un reproche sérieux dans trois cas, la nécessité de cacher l'inconduite du mari dans

un cas, des moqueries dans trois cas, des accusations, des procès dans six cas, des menaces une fois, des querelles deux fois, des examens six fois sont le point de départ de crises graves.

A côté il faut mettre les observations bien plus nombreuses où le sujet devient malade parce qu'il a perdu la personne qui, en réalité, faisait les efforts pour lui et décidait pour lui : la perte de ce directeur de conscience dans dix cas, la rupture avec un amant ou une maîtresse qui jouait ce rôle dans huit autres, le mariage du fils devenu le soutien moral dans un cas, enfin la mort du mari ou de la femme qui, dans ces cas, ne me semble pas avoir agi comme une émotion ordinaire dans trois cas me semblent être de ce genre. On peut remarquer à ce propos que cette perte du soutien, par une sorte de métaphore qu'affectionnent les malades, détermine souvent diverses variétés de l'agoraphobie.

4. — *Les chocs émotionnels*

Nous arrivons maintenant aux émotions proprement dites qui jouent le rôle que nous avons étudié dans le chapitre précédent, qui font tomber l'esprit plus bas ou qui donnent au malade une interprétation de cette dépression. Il faut ranger dans cette catégorie les terreurs religieuses et en particulier les terreurs si dangereuses pour ces faibles de la première communion qui sont intervenues dans 29 cas, les chagrins d'amour dans 10 cas, les agressions ou les vols dans 5 cas, la morsure d'un chien, morsure plus ou moins grave dans 13 cas, la mort d'une personne aimée, d'un parent, d'un enfant ou leur maladie dans 23 cas.

Dans certains de ces cas l'action déprimante de l'émotion est tout à fait caractéristique, Rs..., femme de 59 ans, était à peu près saine antérieurement, si ce n'est qu'elle avait le caractère très autoritaire, ce qui indique une tare. On a ramené chez elle sa fille récemment mariée qui venait de succomber dans un incendie et qui était à demi carbonisée. La mère est devenue à la suite et très rapidement obsédée, agoraphobique et photophobique.

Il faut aussi relever la terreur des maladies après des masturbations ou des fautes génitales dans 12 cas, la vue de la mort dans 3 cas, la vue d'un aveugle dans un cas, la vue ou le contact de maladies cutanées dans 8 cas, des récits émouvants de suicide, de maladie, d'épidémie dans 14 cas, la vue d'un fou dans 5 cas,

la mort d'un chien bien aimé ou le départ d'un chat dans 6 cas, des surprises ou des mauvaises nouvelles dans 12 cas, des contacts répugnants dans 4 cas, des blessures accidentelles avec un rasoir et des émotions en touchant ces rasoirs ou des couteaux dans 4 cas.

Faut-il ajouter l'histoire singulière de Mb... qui allant, un soir, au spectacle, voit jouer le Courrier de Lyon, drame dans lequel un individu est assassiné sur la scène avec un grand couteau et qui rentre avec la crainte d'assassiner et la phobie des couteaux ? A la suite de cet incident, qui paraît insignifiant, la phobie a duré 30 ans. M. Daguillon cite un malade qui a eu des impulsions homicides après la lecture du livre de Zola, la *Bête humaine*[1].

Dans deux cas il me semble qu'il faut faire une part à la contagion de l'exemple; la fatigue, l'émotion causées par les soins à donner à une femme phobique ont déterminé chez des personnes de leur famille, également prédisposées bien entendu, des troubles du même genre. On peut rappeler à ce propos les observations si curieuses de M. Féré sur des chiens qui deviennent malades et ont des peurs angoissantes quand il s'agit de traverser la rue parce qu'ils sont restés longtemps auprès d'une maîtresse agoraphobe[2].

Il faut observer que les émotions pénibles longtemps prolongées agissent souvent plus que les émotions brusques. Une sorte de jalousie que Jean conservait malgré lui pendant des années contre une personne adoptée par ses parents semble avoir été la raison d'être de ses obsessions à propos de Charlotte.

Toutes ces diverses influences morales s'ajoutent aux causes physiques et surtout à la prédisposition créée par le caractère et par l'hérédité pour constituer peu à peu une maladie mentale aussi complexe.

6. — *Les deux formes de la psychasthénie constitutionnelle et acquise.*

Si l'on jette un coup d'œil d'ensemble sur les diverses remar-

1. Daguillon, *Ann. méd. psych.*, juin 1894.
2. Féré, Folie communiquée de l'homme aux animaux, agoraphobie chez le chien. *Société de biologie*, 1897.

ques qui viennent d'être faites à propos des débuts de la maladie des obsessions on peut faire une observation générale. D'après les débuts les malades peuvent être divisés en deux catégories. Les uns ont une hérédité pathologique très forte, les autres ont peu d'hérédité ou n'ont qu'une hérédité assez banale dans laquelle dominent les manifestations arthritiques. Si l'on considère l'âge du début, les uns commencent la maladie très jeunes, dès la première enfance, au plus tard avant 20 ans, à l'époque de la puberté morale ; les autres ne présentent les premières manifestations qu'à un âge plus avancé. Si on considère les conditions physiques déterminantes, les uns deviennent de plus en plus malades d'une manière insidieuse sans qu'aucun trouble physiologique bien grave soit venu apporter une perturbation dans leur santé ; les autres ne tombent moralement qu'après des maladies physiques graves, fièvre typhoïde, fièvre puerpérale qui ont supprimé leur résistance. Enfin au point de vue moral, les uns ont un caractère particulier que j'ai essayé de décrire et qui s'est développé dès l'enfance, il leur suffit de la moindre cause morale, un problème posé ou une légère émotion pour devenir des obsédés; les autres n'ont pas eu d'une manière bien nette ce caractère spécial et ils ne succombent que tard après de véritables bouleversements moraux.

Plusieurs auteurs, MM. Morselli, Andriani, Ventra, Régis, Féré, Séglas[1] ont fort bien résumé ces différences en admettant deux classes d'obsédés, en premier lieu les obsédés constitutionnels avec hérédité chargée : début précoce, absence de troubles physiques graves au début, caractère spécial depuis la jeunesse et causes morales insignifiantes, en second lieu les obsédés accidentels, sans hérédité très nette avec début variable mais plutôt tardif, sans le caractère antérieur spécial, avec maladies physiques graves et grands bouleversements moraux comme points de départ.

Cette distinction clinique est évidemment intéressante, elle est théoriquement très juste. Il est certain que les maladies infectieuses, les grandes émotions peuvent déterminer rapidement sur des esprits jusque-là sains des altérations qui, d'ordinaire, sont le résultat d'une lente élaboration au travers de plusieurs générations. Mais, en pratique, il est malheureusement nécessaire

1. Séglas, *Maladies mentales*, p. 67.

d'observer que ces deux classes sont loin d'avoir une importance égale et que la seconde se réduit à un très petit nombre de cas. Tout ce que l'on peut admettre c'est que les cas sont le plus souvent intermédiaires entre ces deux extrêmes, le malade constitutionnel et le malade tout à fait accidentel, et, comme on va le voir, ils seront d'autant plus graves ou d'autant plus curables qu'ils se rapprocheront plus de l'un ou de l'autre.

DEUXIÈME SECTION

L'ÉVOLUTION DE LA MALADIE

La maladie des psychasthéniques est essentiellement une maladie chronique, presque toujours de longue durée ; il faut donc considérer les périodes de début, les diverses formes que peut prendre la maladie, son évolution, ses complications et ses diverses terminaisons.

1. — *Les formes du début.*

Après avoir recherché l'époque du début, les causes occasionnelles physiques ou morales qui le déterminent, il est encore plus important d'examiner la forme que la maladie prend le plus souvent à ses débuts : la connaissance de ces formes permettra de la diagnostiquer de meilleure heure ou du moins de la prévoir et peut-être de lutter contre son développement par une éducation appropriée. Il ne faut pas oublier, en effet, que le malade n'avoue l'idée obsédante proprement dite que très tardivement, d'abord parce qu'il en a honte et ensuite parce qu'il ne peut pas arriver à la formuler avec précision. Il est bon de rechercher de quelle façon la maladie se présente à l'observation avant que l'obsession ne soit caractérisée et surtout avouée.

Sans doute il y a certains cas aigus qui se « développent, comme disent MM. Pitres et Régis, à la suite d'un choc moral ou d'une infection sous forme de phobie diffuse ou systématique avec état anxieux intense[1] », j'ajouterai aussi sous forme de rumination avec immobilité. Cs... (41) a senti un choc dans la tête quand la garde lui a dit que son enfant était mort et son agitation émotionnelle, ses angoisses se sont complètement développées du pre-

1. Pitres et Régis, *op. cit.*, p. 79.

mier coup. Un certain nombre de malades, une vingtaine, prétendent avoir ressenti cette douleur de la tête, en général à l'occiput et être entrés tout de suite dans un état grave.

Dans des cas de ce genre on se trouve immédiatement en présence de symptômes complets tels que nous les avons décrits, il n'y a pas de remarques particulières à faire sur le début. Mais à mon avis ces formes sont exceptionnelles et elles deviendront de plus en plus rares, à mesure que l'on fera d'une manière plus sérieuse l'analyse du caractère antérieur des malades. Presque toujours il y a un état psychologique anormal qui se développe très longtemps avant que n'apparaissent sous une influence provocatrice ces états aigus. Ce sont ces signes précurseurs qu'il faut rechercher.

Ce sont d'abord à un degré plus ou moins accusé tous les symptômes de neurasthénie : les fatigues excessives, les engourdissements des membres, qui paraissent quelquefois grossir « depuis longtemps, dit Qb..., il y avait un côté du corps qui me semblait devenir plus gros que l'autre », indiquant déjà la diminution de la tension nerveuse. Toutes les sensations anormales dans la tête : les bruits, les vertiges, le sentiment de perdre connaissance, les craquements, le vide, les étourdissements, les vapeurs, les serrements comme dans un étau, etc., sont des phénomènes du même genre.

Il faut même tenir compte des symptômes physiques, la faiblesse, les tremblements, les troubles de la digestion, l'amaigrissement. Dans huit de mes observations, la maladie a débuté dans l'enfance par des faiblesses et des amaigrissements que l'on a à tort rattachés à de simples anémies. En un mot je crois qu'il faut se défier du diagnostic banal de neurasthénie : si la maladie se borne souvent à un affaiblissement nerveux organique, il faut quelquefois redouter des troubles mentaux plus graves qui commencent très souvent sous le couvert de ces symptômes neurasthéniques.

1. — *Sentiments pathologiques.*

Les symptômes moraux sont évidemment plus importants encore : les sentiments d'être « comme endormi » (Dd...) et tous les sentiments d'insuffisance psychologique se développent souvent des années avant l'éclosion apparente de la maladie.

L'aprosexie, les doutes, l'incapacité pour tout travail mental sont souvent des signes de début. Les sentiments d'automatisme sont déjà plus caractéristiques : dès sa première jeunesse Xa... n'est « plus sûre de gouverner elle-même ses mouvements, elle a comme une idée qui la pousse à se jeter sous les roues des voitures, à mettre le feu, à dire des gros mots, cela n'aboutissait jamais et cela passait assez vite mais cela l'effrayait déjà ». Déjà à dix ans, dit Vi..., quand je n'étais pas encore malade, il me semblait que ce n'était pas moi qui faisais mes compositions et plus tard cela m'a amenée à croire que le diable me les inspirait. » Vers le même âge, Lise commençait à être très tourmentée parce que quelque chose la poussait à entrer au couvent et à se faire religieuse, tandis qu'au fond d'elle-même elle savait bien qu'elle ne le voulait pas : le même sentiment de dédoublement se retrouve chez trois autres malades.

Ce qui est plus fréquent au début ce sont les sentiments perpétuels d'inquiétude, de crainte vague et sans raison suffisante : (Ade..., Dk..., Claire) « depuis l'âge de huit ou neuf ans, dit cette dernière, j'ai vécu dans l'inquiétude, je l'ai dit cent fois à mes parents et même au médecin qui n'a pas voulu s'en occuper ». Aln... (83), Xa..., Mrc..., Pot..., Er..., Cha... nous parlent ainsi « ma vie n'a été qu'une appréhension continuelle ». Dans une douzaine d'autres cas c'est également par l'inquiétude que la maladie a débuté.

A bien plus forte raison la maladie est-elle probable quand l'inquiétude prend déjà des formes systématisées et se porte de préférence sur certains points. On sait que dans un très grand nombre de cas le début est caractérisé par les inquiétudes de confession : il ne faut pas considérer comme une chose insignifiante les gémissements de ces petites filles qui pleurent pendant six semaines parce qu'elles ont peur d'avoir touché l'hostie avec les dents ou parce qu'elles ont oublié des péchés en se confessant. Une autre inquiétude fréquente au début ce sont les inquiétudes de pudeur : il s'agit de petites filles qui dès l'âge de huit ou neuf ans craignent toujours de n'être pas assez couvertes, qui veulent être toutes seules quand elles s'habillent, qui ne veulent plus être embrassées par leur père, ou qui se désolent « parce qu'elles ont regardé le pantalon de leur frère » (Vob...) Nadia se préoccupait du mariage à 9 ans, elle avait entendu dire que les hommes préféraient les femmes grosses et elle ne voulait pas engraisser pour

qu'aucun homme ne voulût d'elle. La maladie commence aussi de très bonne heure par des inquiétudes sous forme de remords. A 12 ans Leg... s'inquiète beaucoup, par crainte d'avoir dit du mal des gens et Py... par crainte de n'avoir pas été assez respectueuse avec le curé.

A côté de l'inquiétude, il faut placer parmi les formes du début beaucoup d'autres sentiments, l'ennui perpétuel, symptôme de l'aboulie et prélude des névroses, qu'on observe à un si haut degré chez Dk..., Zo..., Ku..., Van..., etc. Un état de tristesse permanente avec manie de rechercher les pensées qui entretiennent cette tristesse se manifeste chez Vor..., chez Vk..., chez Nadia dès sa jeunesse, comme chez Mt... à 40 ans après l'opération qui a été le point de départ des troubles nerveux. On note chez d'autres également au début un état hypocondriaque avec douleurs vagues disséminées de tous côtés Cs..., Mor..., Her..., Ml..., Mae...

Une timidité bizarre, excessive, qui rend ces personnes tout à fait paralysées, se développe de plus en plus au début de la maladie. Cette timidité, comme on l'a vu, s'accompagne d'idées d'humilité, « je ne suis pas comme les autres, je suis laide, j'ai une tête de chat, je suis un monstre, tout le monde se retourne quand je passe » (Byl...).

Ces mêmes personnes timides honteuses d'elles-mêmes, ont très souvent des amours tout à fait excessifs qui ne sont nullement en rapport avec le développement des passions normales. Ce sont des attachements invraisemblables pour un maître, pour un camarade. Il faut avoir présents à l'esprit les caractères des besoins d'aimer et d'être aimé propres aux scrupuleux pour reconnaître ce signe en général assez précoce.

Par suite de cette tristesse, de cette timidité et de leur maladresse déjà signalée, ces malades ne peuvent plus frayer avec le monde, ils perdent ou quittent leurs amis et on les voit s'isoler de plus en plus. Ser..., jeune fille de 16 ans, enfant jusque-là intelligente, cesse de bien travailler et ne fait plus aucun progrès, elle cesse de jouer avec les autres enfants de l'école, elle déclare qu'elle les trouve sales et s'isole de plus en plus : peu de temps après, commencent des actions en rapport avec la folie du doute. En même temps que ces malades s'isolent, ils prennent ce caractère renfermé que nous avons déjà étudié chez les scrupuleux, ils ne veulent plus et bientôt ne peuvent plus exprimer ce qu'ils

ressentent. Il en résulte que les parents ne comprennent rien à leur état et que la folie qui finit par apparaître surprend tout le monde car on n'a jamais soupçonné son développement.

2. — *Les aboulies.*

A côté de ces sentiments qui sont des signes plutôt subjectifs et que l'on ne peut bien connaître que par les confidences des malades presque toujours rétrospectives, il y a des signes objectifs du début que le médecin doit bien connaître. En premier lieu l'inertie, qui commence par la lenteur des actes (Ce..., Bsn..., Vk...) et qui arrive graduellement jusqu'à une immobilité presque complète. Nu... devient paresseuse et ne veut plus qu'on la dérange, Bei..., autrefois active, devient nonchalante vers 17 ans et ne se décide plus à rien. Gisèle à 12 ans a des immobilités si complètes pendant qu'elle s'abandonne à ses rêveries que l'on croit qu'elle dort. Mv..., Zei..., Chv..., Lch... débutent également par l'inertie qui est un caractère essentiel de la maladie. A côté de l'inertie il faut signaler l'instabilité, les malades ne savent plus ce qu'ils veulent et changent de désir ou de caprice à chaque instant (Lep..., Nadia).

Il faut attirer l'attention sur un phénomène particulier qui semble très différent de l'aboulie et qui a les plus étroits rapports avec elle. Ce sont les crises d'entêtement que l'on constate très souvent dans ses débuts. Cet entêtement mêlé de bouderie est quelquefois si extraordinaire qu'il attire l'attention et fait soupçonner une maladie. La petite X..., âgée de 16 ans, se bute ainsi devant toutes sortes d'actions : un jour elle essuyait le parquet avec une serviette, sa mère lui fait simplement observer qu'elle ferait mieux de prendre un balai. « S'il en est ainsi, répond-elle avec colère, je ne ferai rien du tout ». Elle se met debout dans un coin et malgré les appels, puis les supplications de ses parents, elle y reste immobile. Elle est restée ainsi dans son coin soixante heures, deux nuits et trois jours, sans vouloir manger et sans consentir à aller se coucher. C'est à ce moment que les parents la conduisent à la Salpêtrière et la malade explique très bien qu'autrefois elle se butait ainsi sans savoir pourquoi, mais que maintenant il y a une foule d'idées qui arrêtent son action. On trouvera également dans les observations de Nadia, de Chu..., de Xyb..., etc., bien des exemples de ces entêtements symptomatiques.

L'entêtement sera d'autant plus caractéristique qu'il portera sur une action plus particulière, quand les malades, par exemple, refusent de manger (Nadia), de toucher un certain vêtement (Vy..., Ger...), de toucher à de l'argent (Lkb..., Rob..., etc.). Depuis deux ans malgré toutes les objurgations Xyb... refuse de rendre à sa bonne une petite somme de 29 francs qu'elle lui doit. Il sera également plus net si le malade avoue que l'entêtement est en rapport avec certaines idées, certains serments. Mais nous retombons alors dans la maladie tout à fait constituée.

L'agitation chez plusieurs malades remplace l'inertie : pas plus que les précédents, les malades agités n'arrivent à exécuter quelque chose, mais ils ont de longues périodes où ils remuent, où ils crient, pendant lesquelles ils ne peuvent dormir. Les uns s'agitent sans trop savoir pourquoi et on les croit atteints de chorée (Za...) ou de crises d'hystérie (Bai..., Mb..., Vod...). Le plus souvent cette agitation accompagne une crise de doute, une rumination interminable (To..., Cha...).

3. — *Les tics.*

Une des formes de début les plus remarquables et les plus souvent méconnues, ce sont les tics. Je compte au moins 15 de mes malades qui ont débuté par une période de tics et qui ensuite ont suivi toute l'évolution de la psychasthénie avec les sentiments d'insuffisance, les obsessions et les phobies variées.

Je rappelle ici quelques exemples de cette évolution qui est importante et mal connue. Gisèle, à l'âge de 10 ans, a eu des secousses de la tête « comme si elle disait oui » cela a duré plus de deux ans ; puis ce tic a diminué, quand elle a eu des périodes d'inertie semblables à des sommeils, mais remplies par des rêveries. A quinze ans les tics et les sommeils sont entièrement disparus, parce que la malade s'interroge pour savoir si elle n'a pas la vocation religieuse ; le délire du doute avec les grandes crises de rumination qui durent encore à 30 ans est constitué. Nu... a eu des tics, secousses de l'épaule droite et grimaces depuis l'âge de 9 ans jusqu'à l'âge de 20 ans. En cherchant à guérir ce tic, elle se demande si elle ne fait pas des grimaces exprès, si elle n'est pas coupable à ce propos, etc. Le tic diminue, puis disparaît quand les crises d'obsessions sont complètes. Les observations de Mau..., de Fok..., de Fie..., de Vl..., de Bab..., de

Vy... sont absolument semblables : les tics semblent avoir précédé les obsessions.

Cependant dans les cas les plus fréquents, l'obsession se développe en même temps que le tic. Ser..., âgée de 16 ans, a un tic qui consiste à secouer un peu la tête et à frapper son oreille avec sa main gauche, très rapidement, trois fois de suite ; ce tic est en rapport avec une manie de vérification. Elle est forcée de vérifier si sa boucle d'oreille ne tombe pas. On lui a retiré ses boucles d'oreilles, mais le besoin de vérifier et le tic persistent, d'ailleurs tout un délire de propreté se développe chez cette malade avec manie de brosser ses vêtements, de se laver les mains, etc. Il est intéressant de remarquer que la mère de cette malade, qui est encore une scrupuleuse, a eu fort longtemps des tics dans sa jeunesse ; elle ne se souvient plus si les tics ont précédé ses obsessions ou les ont accompagnées comme chez sa fille. Bé..., femme de 42 ans, a le tic de se frotter sa robe à droite, si bien que toutes ses robes sont usées à cet endroit. C'est une obsédée qui a des angoisses à la pensée qu'elle a dans le ventre un « ver araignée ». Rn..., fillette de 13 ans, a le tic de frapper du coude droit sur la table, sur les meubles ou contre les murs, elle a en même temps la manie des présages et la manie des compensations « si je ne frappe pas du coude ou si je ne compte pas les dalles..., je mourrai, cela portera malheur à mes parents ». Myl..., garçon de 13 ans, a toutes sortes de tics, tous en rapport avec des idées obsédantes, il secoue la tête « c'était au début pour voir si elle lui faisait mal, s'il y avait encore un grelot dedans ». Il lève les épaules « pour voir si mon col me gêne. » Il ouvre les paupières démesurément « pour voir s'il voit clair », etc. En même temps ce pauvre garçon a la manie de répéter certains mots trois fois et de douter de tous ses actes ; il a la phobie du diable, du salon rouge et de la lune. Quelles que soient les illusions que l'on se fait aujourd'hui sur la guérison facile de la prétendue maladie des tics, je crains bien qu'il ne commence une triste carrière d'obsédé. On retrouve chez lui dès le début cette « association des troubles musculaires et des troubles psychiques » que signalait récemment M. Joffroy[1]. Déjà l'étude psychologique des tics nous avait amenés à les rattacher aux phé-

1. A. Joffroy, Association des troubles musculaires et des troubles psychiques. *Revue neurologique*, 15 avril 1902, p. 289.

nomènes de dérivation qui résultent de l'abaissement de la volonté exactement comme les autres manies mentales, l'étude de l'évolution de la maladie nous amène au même résultat, il faudra en tenir compte dans le diagnostic.

Aux tics doivent se rattacher les diverses manies mentales qui sont le plus communes dans les débuts, les manies de propreté, la manie de se laver les mains et certaines manies de conjuration qui se traduisent par des gestes ou des paroles prononcées à demi voix. Dans une dizaine d'observations les parents se sont avisés de la maladie en entendant le sujet répéter tout bas certaines paroles toujours les mêmes : « non, non..., je ne veux pas, ...un, deux, trois », ce sont des formules de conjuration dont on a vu l'importance.

Tous ces phénomènes caractérisent les débuts de la maladie; il était important de les connaître et de noter leur fréquence.

2. — *Les principales variétés cliniques.*

L'état psychasthénique une fois constitué se prolonge pendant un temps en général fort long, mais il présente des aspects assez différents suivant la variété qui se développe plus particulièrement.

Sur ce point la psychasthénie ressemble à l'hystérie qui est au fond toujours la même maladie, quoique l'aspect d'une malade qui a des crises de temps en temps ne soit pas le même que celui d'une hémiplégique ou d'une anorexique. C'est pourquoi on a souvent essayé d'établir des classifications pour distinguer les diverses formes des troubles psychasthéniques.

Ces classifications sont difficiles parce que nous sommes loin de connaître bien le mécanisme et les relations mutuelles de ces divers accidents. Certains auteurs compliquent inutilement ces classifications en mélangeant avec les états psychasthéniques d'autres maladies où l'on rencontre aussi des idées fixes à mon avis d'une tout autre nature. M. Freud admet trois classes :

1° Les obsessions intenses, images d'événements (hystérie traumatique) ;

2° Les obsessions vraies, idées et états émotifs associés ;

3° Les phobies.

Le premier groupe ayant manifestement rapport à l'hystérie où les idées fixes ont de tout autres lois, il ne reste qu'une division en deux parties : obsessions et phobies qui est un peu sommaire et ne répond pas à la multiplicité des cas.

Il en est exactement de même pour la classification de M. Haskovec, qui admet 4 groupes[1] :

1° Idée fixe proprement dite (Griesinger, Westphal, phrénolepsie de Meschede) lésions intellectuelles primaires ;

2° États passagers de phobie curable, qui se rattachent à la neurasthénie ;

3° Obsessions et phobies symptomatiques de la neurasthénie, de l'hystérie, du Basedow, des intoxications, etc. ;

4° Prodromes des psychoses. Dans cette classification un peu vague, il n'y a que les deux premiers groupes qui se rapportent à nos malades et ils ne nous donnent que la même division en obsessions et phobies.

Les classifications les plus répandues sont plus précises : elles semblent conserver un souvenir vague des anciennes facultés de l'âme et admettent que l'obsession prend trois formes suivant qu'elle porte sur l'intelligence, la sensibilité ou la volonté. En effet, M. Tamburini admet trois groupes :

1° Idées obsédantes intellectuelles (interrogations, doutes, calculs, folie du doute, folie métaphysique, folie du calcul ;

2° Idées accompagnées d'un sentiment de peur, peur d'être souillé, peur de sortir ;

3° Idées impulsives[2].

M. Van Eeden reproduit exactement la même division : 1° les conceptions obsédantes, 2° les émotions obsédantes, 3° les impulsions obsédantes, 4° les idées obsédantes proprement dites, obsessions intellectuelles des Français, Grübelsucht de Berger et Griesinger[3]. La distinction entre les groupes 1 et 4 n'est pas indiquée bien nettement, elle correspond à la distinction des obsessions et des phénomènes de rumination intellectuelle, je la crois juste et utile.

M. Régis fondait d'abord sa classification sur les lésions de la volonté : 1° la volonté est lésée dans sa force d'arrêt (obsessions

1. Haskovec, *op. cit.*, p. 131.
2. Tamburini. *Riv. sper. d. freniatria*, anno VIII, 4, 1884.
3. Van Eeden, *Revue de l'hypnotisme*, 1892, p. 7.

impulsives), 2° la volonté est lésée dans sa force d'action (obsession d'indécision, folie du doute, obsession-crainte, agoraphobie). Le point de départ est juste car les lésions de la volonté jouent ici un rôle considérable, mais la volonté me paraît presque toujours lésée à la fois dans sa force d'arrêt et dans sa force d'action, dans la folie du doute : il y a arrêt de l'action que le malade ne fait pas et en même temps il y a exagération de la rumination. Pourquoi séparer cet arrêt de l'aboulie mise dans le premier groupe ? Il en est de même pour l'agoraphobie et il me semble difficile de ranger un cas dans le premier ou dans le second groupe.

M. Séglas adopte cette classification sans la discuter [1], il demande seulement d'ajouter une catégorie spéciale pour les obsessions qui ont trait à des phénomènes de sensibilité (glossodynie, obsession dentaire de Galippe, algies centrales des neurasthéniques, topoalgies de Blocq, etc.). Ce groupe des algies, dont parle M. Séglas est en effet très intéressant, mais je ne vois pas de raison suffisante pour le séparer complètement du groupe des phobies avec lequel il a tant d'analogies.

Plus tard M. Régis reprenant cette question avec M. Pitres laisse de côté le point de vue des lésions de la volonté auquel il s'était placé d'abord et ne se préoccupe plus que des troubles de l'émotion ; il distingue trois formes :

1° L'état obsédant à anxiété diffuse ou panophobique ;

2° L'état obsédant à anxiété systématisée ou monophobique ;

3° L'état obsédant à idée anxieuse ou monoidéique [2].

Il y a dans cette classification un réel progrès en particulier sur les classifications en phobies et obsessions ; MM. Pitres et Régis montrent bien qu'il y a un état primitif et vague qui sert de point de départ à la maladie et qu'il faut distinguer des obsessions constituées, en outre ils mettent bien à la fin de la classification l'obsession proprement dite qui est le résultat d'une interprétation et de toute une évolution maladive. Je regrette seulement que le premier état soit caractérisé uniquement par de l'émotion quand il contient les troubles très variés de l'abaissement psychologique, je regrette aussi que le second groupe ne contienne que les phobies, ce qui laisse de côté les tics, les agitations motrices,

1. Séglas, Leçons sur les maladies mentales, p. 60. Conférence faite à la Salpêtrière. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 février 1894.

2. Pitres et Régis, *op. cit.*, p. 13.

les ruminations qui ne sont bien à leur place ni dans le premier groupe ni dans le troisième.

On peut, à mon avis, admettre deux classifications de ces malades, qui répondent à des besoins différents. Si on considère la gravité et le degré de développement auquel est parvenue la maladie, on peut distinguer trois groupes principaux :

1° Les insuffisances psychologiques ;

2° Les phénomènes de dérivation ou crises de psycholepsie;

3° Les obsessions intellectualisées. Chaque groupe peut se subdiviser de la manière suivante :

- 1° Les insuffisances psycho-physiologiques
  - avec prédominance des troubles organiques, *les états neurasthéniques* ;
  - avec prédominance des troubles psychologiques et surtout des sentiments d'incomplétude, *les états psychasthéniques*.
- 2° Crises de psycholepsie avec phénomènes de dérivation
  - musculaire
    - à forme diffuse, *les agitations motrices* ;
    - à forme systématisée, *les tics*.
  - viscérale
    - à forme diffuse, *les angoisses* ;
    - à forme systématisée, *les algies, les phobies*.
  - cérébrale
    - à forme diffuse, *les ruminations, le mentisme* ;
    - à forme systématisée, *les manies mentales*.
- 3° Obsessions proprement dites
  - de sacrilège ;
  - de crime ;
  - de honte ;
  - de maladie.

Cette classification a l'avantage de nous indiquer suivant la classe dans laquelle se range le sujet la gravité de son état, Ron... qui se plaint en somme des symptômes de l'état mental psychasthénique un peu aggravés, aprosexie, aboulie, indifférence à tout, sentiments de dédoublement et d'automatisme, est moins avancé que Mw... qui a tous les phénomènes précédents et qui en plus a la manie du serment et présente des crises de manie d'interrogation. Cependant comme celle-ci se borne à faire des serments sur n'importe quoi, qu'elle cède simplement à une manie sans l'interpréter, elle est moins malade que Lise qui a les symptômes psychasthéniques du premier, les manies du serment et de l'interrogation de la seconde mais qui y ajoute une obsession sacrilège et toute une conception obsédante de la dualité divine.

Cette classification s'applique encore très bien à l'évolution

d'un cas individuel qui passe successivement par ces trois degrés. Voici comment Claire résume elle-même sa propre maladie : « au commencement j'ai simplement souffert bien cruellement du manque de confiance et de ne plus pouvoir croire. Ensuite j'ai eu comme une fuite des idées, il me venait des pensées, des questions, de véritables calculs que je faisais malgré moi, que je ne pouvais pas plus empêcher que mes tics. Enfin j'ai été bien plus malheureuse quand il y a eu des hallucinations (le membre viril et l'hostie) qui m'ont montré combien j'étais tombée bas et quand j'ai senti que je ne pourrais jamais remonter. » Traduisons ce langage de la malade : elle a d'abord le trouble des fonctions du réel, c'est-à-dire des phénomènes d'abaissement et d'insuffisance, puis elle a des tics et des manies mentales, phénomènes de dérivation, enfin elle a de pseudo-hallucinations qui ne sont que des expressions de l'obsession intellectuelle qui s'est formée peu à peu.

On pourrait montrer bien des cas où les choses ont évolué de la même manière. Il ne faut pas oublier que quelquefois l'évolution se fait plus ou moins vite et que certains sujets traversent rapidement les premiers degrés, tandis que d'autres restent indéfiniment au premier ou au second.

Des variétés moins importantes sont constituées par le mélange de divers groupes de caractères, par exemple les angoisses et les obsessions, les tics et les manies mentales, les sentiments d'incomplétude et les obsessions. Enfin il faut tenir compte aussi, pour bien préciser la situation d'un malade, de sa disposition plus ou moins grande à la variabilité. M. Meige a remarqué qu'il y a des tics qui méritent le nom de variables par opposition à ceux qui sont fixés [1]. Il en est absolument de même pour les phobies, les manies mentales, les obsessions. La forme variable se rapproche de la forme diffuse, de l'agitation motrice, de l'angoisse, de la rumination. Elle est en général moins grave que la forme systématique devenue stable et indique en général une évolution moins avancée de la maladie.

On peut se placer à un autre point de vue pour répartir ces malades en divers groupes faciles à distinguer les uns des autres dans les études cliniques. Sans tenir compte de la gravité de la maladie, du degré de son évolution, on peut considérer surtout le

1. Meige, Histoire d'un tiqueur. *Journal de méd. et de chir., prat.*, 25 août 1901.

contenu des idées obsédantes, la direction dans laquelle se développent les manies mentales, les impulsions et les phobies. Il est évident, en effet, que certains malades penchent toujours dans une même direction, qu'ils sont disposés à avoir toujours des manies et des obsessions d'un certain genre, les uns se préoccupent toujours de la perfection morale les autres songent sans cesse à leur santé. Une classification faite à ce point de vue est évidemment peu précise, car il s'agit là d'un contenu des préoccupations qui change aisément et qui peut être le même chez des individus dont la maladie est à des degrés très différents. Cependant elle a quelque intérêt clinique en permettant de prévoir approximativement quel genre de préoccupations et de troubles mentaux pourront atteindre des individus prédisposés d'une certaine manière.

En se plaçant à ce point de vue MM. Raymond et Arnaud ont proposé récemment une classification intéressante des variétés cliniques de la psychasthénie. Ils admettaient six variétés principales comprenant : 1° *les douteurs*, 2° *les scrupuleux*, 3° *les criminels*, 4° *les toxicomanes*, 5° *les pervertis génitaux*, 6° *les psychasthéniques délirants*. Il me semble plus juste de ne pas parler ici de la dernière variété celle des psychasthéniques délirants qui sort un peu du cadre de l'obsession ordinaire telle que nous l'avons décrite et qui se rattache plutôt aux complications de la maladie que nous étudierons un peu plus tard. Il me semble aussi que dans leur énumération ces auteurs ne font pas une place suffisante aux hypocondriaques qui sont voisins des toxicomanes, mais ne sont pas identiques. On pourrait donc en adoptant avec de légères modifications la classification de ces auteurs adopter les quatre groupes suivants.

1° *Les douteurs et les métaphysiciens*. Ce sont les sujets chez lesquels les idées obsédantes sont au moins au début le moins précises et qui souffrent surtout d'un besoin général de l'esprit, sous la forme de manie de précision, de recherche et d'explication. Les compteurs arithmomames, certains onomatomanes feraient aussi partie de cette variété. Il n'est pas juste de dire que ces malades n'arrivent pas à des obsessions : ce sont ceux qui arrivent aux obsessions métaphysiques sur la religion, le diable, le pourquoi du monde. On peut dire cependant qu'au point de vue pratique et social cette variété serait la moins grave, la moins susceptible d'amener des conséquences dangereuses, mais elle

serait peut être la plus tenace et la plus fixe au point de vue clinique.

2° *Les scrupuleux et les criminels.* Ce qui les caractérise c'est que leurs obsessions renferment toujours une préoccupation morale; les manies des pactes, des conjurations, des symboles sont particulièrement développées chez les scrupuleux; beaucoup de phobies et en particulier l'éreutophobie se rattachent à cette variété. Quelquefois les malades restent à ce degré et évoluent vers des idées de culpabilité ou vers des obsessions relatives à la liberté idéale, à la vertu parfaite. Très souvent le scrupule se complique d'obsessions criminelles : c'est là une sous-variété très importante quoique très voisine de la forme précédente. Il s'agit de malades obsédés par l'idée du meurtre, du vol, du suicide, etc. Quoique ces obsessions ainsi qu'on l'a vu arrivent rarement à l'acte c'est la forme de la maladie la plus grave au point de vue social. Elle peut devenir dangereuse et aboutir à des délires psychasthéniques.

3° *Les hypocondriaques et les toxicomanes.* Quoiqu'ils aient au fond le même état d'esprit que les scrupuleux, les hypocondriaques dirigent leur préoccupations du côté de leur santé corporelle. Ce sont des inquiets avec des angoisses, des algies, des phobies, des manies de précaution. Leurs obsessions portent naturellement sur la mort, la maladie et très souvent sur la tuberculose et la syphilis. On peut dire que ce sont des malades peu dangereux pour les autres, mais qui éprouvent peut-être les plus grandes souffrances. Une sous-variété importante de ce groupe est constituée par les sujets qui croient avoir trouvé un remède à leurs souffrances dans l'usage de tel ou tel poison, l'alcool, la morphine, l'éther, ou dans l'abus de tel ou tel procédé : l'alimentation excessive ou la marche. Il est à noter que ce sont les impulsions présentées par ces malades qui sont parmi les plus irrésistibles : peut-être, comme nous l'avons vu, faut-il faire intervenir pour expliquer ce fait l'état de besoin organique créé par le toxique et aussi la force de l'instinct vital qui vient s'ajouter à l'obsession.

4° *Les pervertis génitaux.* Si on se plaçait au point de vue strictement scientifique, les malades atteints de manie ou d'impulsions génitales devraient être répartis dans les deux groupes précédents : ce sont des obsédés criminels ou des hypocondriaques impulsifs. Mais comme MM. Raymond et Arnaud l'ont fait juste-

ment remarquer ce groupe de malades mérite d'être distingué des autres, si on se place au point de vue de la pratique médicale. D'une part les manifestations symptomatiques sont ici d'une nature très particulière, d'autre part ces malades sont parmi les plus impulsifs. Ils le sont autant, si ce n'est plus, que les toxicomanes : cela tient à mon avis à la puissance de l'instinct génital qui est ici éveillé par l'obsession.

Comme je l'ai fait remarquer ces groupes n'ont rien de bien précis : un malade passe bien souvent d'une catégorie à une autre. Beaucoup de nos sujets ont été des scrupuleux dans leur jeunesse et plus tard des hypocondriaques. Mais en général un sujet reste pendant un certain temps dans une catégorie déterminée et ces classifications purement cliniques permettent de prévoir chez lui les principales manifestations de la maladie.

3. — La marche de la maladie.

La psychasthénie constitue une maladie essentiellement longue dont la durée minima est de plusieurs mois et qui très souvent remplit la vie entière. Des variétés intéressantes sont encore constituées par cette durée et par la façon dont la maladie la remplit.

1. — *La forme aiguë.*

Il faut distinguer une forme aiguë qui, comme on l'a vu à propos des conditions étiologiques, se développe chez des sujets présentant peu d'antécédents héréditaires et peu de prédisposition par le caractère antérieur, à la suite de maladies infectieuses ou de grands bouleversements moraux. Ces formes appartiennent d'ordinaire au deuxième degré, ce sont des ruminations ou des phobies, elles tourmentent beaucoup le malade pendant cinq à six mois, puis elles s'atténuent, disparaissent pendant quelques jours, réapparaissent affaiblies et après quelques oscillations de ce genre le malade se guérit d'une façon à peu près complète. Tous les auteurs citent des cas où les choses se sont passées de cette manière et où pendant dix ou vingt ans la maladie n'a pas réapparu. J'ai observé une vingtaine de cas qui semblent bien être de

ce genre, on les trouvera signalés dans les observations qui constituent le second volume de cet ouvrage.

Je dois avouer, cependant, que pour plusieurs de ces cas, n'ayant pas analysé suffisamment le caractère antérieur, n'ayant pas suffisamment suivi le malade après sa guérison apparente, je conserve quelques doutes. Les cas tout à fait aigus me semblent assez rares. Il semble que cet abaissement spécial de l'esprit exige presque toujours une prédisposition. D'autre part, lorsque l'esprit s'est une fois abaissé de cette manière au-dessous de la tension normale, il se relève difficilement et lentement et surtout il garde une disposition remarquable à s'abaisser de nouveau de la même manière sous la moindre influence. Le plus souvent donc nous avons affaire à des formes chroniques qui durent plusieurs années.

La plupart de ces cas remarquables que nous avons étudiés durent depuis dix ou vingt ans et souvent depuis l'enfance.

2. — *La forme chronique.*

L'état psychasthénique est donc, dans l'immense majorité des cas, un état chronique qui a son origine dans une prédisposition familiale, qui se manifeste par un caractère spécial et qui, sous l'influence de traumatismes physiques et moraux, présente seulement des exacerbations plus ou moins graves. A ce point de vue tous les auteurs sont d'accord pour distinguer trois formes principales, *la forme intermittente*, *la forme rémittente* et la *forme continue*.

La forme continue a été surtout signalée par M. Roubinovitch, en 1893[1]. Sans doute beaucoup de malades présentent l'état psychasthénique d'une manière à peu près continue, pendant des années. Claire, Lise, Nadia, Jean sont dans cet état depuis dix ou vingt ans. On peut dire que pendant cette longue période aucun de ces malades n'a été complètement guéri, c'est-à-dire n'est entièrement revenu à son niveau normal d'attention, de volonté, de fonction du réel.

Mais cependant il est impossible de dire que leur état est resté complètement le même. Les malades eux-mêmes n'ont pas

1. Roubinovitch, Obsessions et impulsions à forme continue. *IVe Congrès des aliénistes français de La Rochelle*, 1893.

cette impression : Claire ne dit pas qu'elle est tout le temps descendue, elle a eu comme les autres des périodes plus élevées et d'autres plus basses. Jamais l'idée obsédante n'est complètement disparue, mais elle est quelquefois devenue « implicite, latente », les ruminations et les phobies étant presque arrêtées. La forme dite continue ne mérite donc pas entièrement ce nom dès qu'on suit le sujet pendant un temps assez long. Il ne reste en somme que deux variétés principales, la variété intermittente et la variété rémittente ; dans la première, le sujet revient par intervalles assez longs à un état tout à fait normal ou presque normal, dans la seconde, le sujet s'améliore un peu de temps en temps mais ne revient pas aussi complètement à la santé que dans la variété précédente. Ces différences peuvent bien se comprendre si on se reporte à nos études sur les modifications du niveau mental. Ces modifications sont des oscillations de la tension, oscillations plus grandes qu'à l'état normal et qui maintiennent le niveau trop bas. Tantôt ces oscillations sont grandes et font remonter le niveau presque jusqu'en haut, c'est la forme rémittente, tantôt les oscillations sont petites et laissent constamment le niveau très inférieur, c'est la forme simplement rémittente. C'est à ce point de vue en considérant la rapidité ou la grandeur des oscillations que nous comprendrons ces variétés de l'évolution.

3. — *La forme intermittente.*

Il existe d'abord des oscillations rapides, c'est-à-dire qui amènent des changements en quelques heures : je range dans ce groupe les malades dont les crises ne dépassent pas quelques heures et qui changent d'état dans le cours d'une même journée. Il est intéressant de remarquer que presque tous les malades de ce genre sont des phobiques avec des angoisses. Peut-être les oscillations rapides du niveau mental donnent-elles plus que les oscillations lentes le sentiment d'abaissement, de chute, de mort et favorisent-elles le développement des angoisses surtout des angoisses morales. Quoi qu'il en soit nous observons ces oscillations rapides chez les agoraphobes, chez les claustrophobes. Leur accès a besoin d'une cause pour se produire, quand ils sortent dans la rue, ils sont pris de leur angoisse, s'ils rentrent chez eux l'angoisse cesse et ils sont ou se croient à peu près normaux. Gz... a

ainsi quatre crises par jour, chaque fois qu'il va à son bureau ou qu'il en sort ; quand il est devant son pupitre et sur son fauteuil de cuir il a un esprit d'un niveau suffisant pour ses fonctions. Dob..., Fie... sont des agoraphobes à peu près semblables avec une ou deux crises par jour. Er... a des terreurs de la mort subite quand elle se trouve seule séparée de son mari, elle est rassurée quand son mari est près d'elle : comme le mari part le matin et rentre à six heures du soir, la crise commence le matin et se termine à six heures. Wo... a des crises d'angoisse et de manie de vérification à propos des prières et des comptes du ménage, elle a donc deux crises régulières l'une le matin, l'autre le soir, à propos des prières, et d'autres crises irrégulières plus nombreuses à la fin du mois, à propos des comptes.

D'autres intermittences ne sont pas en rapport avec les circonstances qui provoquent les crises, mais avec des conditions plus générales qui influent sur l'activité de l'esprit. Cs..., Claire, etc. n'ont leur grand abaissement mental et leurs obsessions hypocondriaques que le matin et sont mieux l'après-midi. C'est là d'ailleurs une loi générale, la plupart de ces sujets sont plus malades le matin et se relèvent l'après-midi surtout à partir de cinq heures. Cela tient à la grande oscillation diurne qui existe chez tous les hommes et qui relève naturellement la tension physiologique et psychologique vers cinq heures de l'après-midi. Les individus normaux sentent légèrement cette excitation, les malades dont le niveau mental est d'ordinaire au-dessous de la normale profitent de cette ascension et se sentent plus près de l'état normal. Il y a cependant des exceptions surtout chez les malades qui dorment très bien et qui se reposent bien la nuit. Qsa... est beaucoup mieux le matin que l'après-midi : cette forme reste cependant exceptionnelle.

A côté de ces oscillations il en faut signaler de plus lentes qui occupent l'intervalle d'un ou de plusieurs mois. Cos... comme beaucoup de femmes d'ailleurs, a une rechute de son obsession au moment des règles, puis l'obsession disparaît dans les journées qui suivent leur apparition. C'est là la règle générale et il faut s'attendre à des aggravations ou des rechutes à l'époque des menstrues, probablement à cause des modifications de la tension vaso-motrice et de la fatigue de ces périodes. Cependant, quelques femmes (9 observations) font exception à cette loi, elles se trouvent plutôt améliorées au moment des règles. Il est probable

qu'il faut rattacher cette anomalie aux excitations génitales dont j'ai déjà signalé l'effet heureux.

Des périodes d'amélioration très remarquable qui très souvent interrompent le cours de la maladie sont à signaler pendant les grossesses. J'ai observé le fait plus de 30 fois ; je le vérifie encore en ce moment chez Bab... et Léo... qui arrivées au quatrième mois de la grossesse, se trouvent transformées et oublient leur obsession de la folie. Ce fait très remarquable existe dans l'hystérie comme dans la psychasthénie : il tient, je crois, à cette exaltation de la vitalité qui caractérise la grossesse et peut-être aussi aux modifications du corps thyroïde pendant cet état. La circulation, la respiration, la nutrition sont exaltées, il n'est pas étonnant qu'une maladie mentale, qui est en rapport avec la dépression de la tension psychologique, en soit favorablement influencée. Bien entendu, il y a quelques cas, surtout quand la grossesse est pénible, où la fatigue déterminée par cet état l'emporte sur l'excitation et aggrave la maladie : mais c'est là plutôt une exception. En général, en présence d'une femme psychasthénique enceinte, on peut pronostiquer que son état mental sera très fortement amélioré pendant toute la durée de la grossesse, puis qu'il y aura probablement une rechute sérieuse peu de temps après l'accouchement.

Dans quelques cas, certaines oscillations m'ont semblé être en rapport avec les saisons Hb..., Claire, Bal... ont des rechutes caractérisées en hiver et se portent mieux quand vient l'été. Le froid, la vie plus retirée, la diminution des exercices au grand air ont probablement quelque influence sur cet abaissement. Par opposition quelques malades, comme Jean, se portent plus mal l'été quand ils quittent Paris pour la campagne.

Il faut aussi signaler surtout, à titre de phénomènes curieux encore mal étudiés, des suspensions de la maladie déterminées, si je ne me trompe, par l'excitation de la fièvre : j'ai déjà signalé ces malades dont les sentiments d'incomplétude disparaissent momentanément pendant le cours d'une angine herpétique ou d'une grippe. J'ai insisté sur le cas de Nae... (94) qui pendant les derniers six mois de l'évolution d'une tuberculose pulmonaire, n'a plus jamais présenté aucun trouble mental.

Enfin des oscillations plus grandes sont dues à l'influence des affaiblissements organiques ou des grandes secousses morales

qui déterminent des abaissements avec troubles physiques[1] autant que troubles mentaux. Ceux-ci sont très graves au début, peu après la circonstance provocatrice, puis ils diminuent plus ou moins évidemment en quelques mois et les malades sont à peu près remontés au niveau normal jusqu'à un nouvel incident déprimant. Ie..., femme de 51 ans, a ainsi depuis une vingtaine d'années, à propos de tous les incidents possibles, des crises d'obsession scrupuleuse. Ces crises plus ou moins graves ne durent guère, en général, plus de deux ou trois mois, puis la malade se rétablit à peu près pendant un intervalle égal. Nombreux sont les malades qui ont de ces oscillations lentes et qui alternent entre quelques mois de tranquillité et quelques mois de phobies ou de ruminations. On voit que dans ces cas la psychasthénie se rapproche des psychoses périodiques, de l'état qu'on appelle souvent aujourd'hui psychose maniaque-dépressive.

Dans cette forme les oscillations sont assez espacées pour que l'on puisse parler de guérison et de rechute ; c'est ainsi d'ailleurs que la maladie se présente presque toujours à ses débuts dans la jeunesse. Il est rare que le premier accès soit définitif, cela n'arrive que chez les très grands malades. Vy..., Tr..., Gei..., Zei... ont eu un premier accès à 12 ou 14 ans, le plus souvent à propos de la première communion ; puis graduellement au bout de 10 ou 15 mois, l'esprit s'est relevé peu à peu, la guérison était ou semblait être à peu près complète. Mais au bout de quelques mois ou de quelques années, à l'occasion d'une cause déprimante plus ou moins sérieuse, il y a un nouvel abaissement : tantôt l'obsession reprend avec la même forme que précédemment, tantôt la nouvelle occasion a fait naître une phobie ou une rumination différente. Souvent ce second accès est plus grave que le premier et se prolonge pendant deux ou trois ans, puis une nouvelle guérison plus ou moins réelle est péniblement obtenue. Un troisième accès survient plus ou moins tard, en général avec une gravité croissante. Il y a des malades qui ont ainsi 5 ou 10 accès plus ou moins espacés, d'autres n'en ont qu'un plus petit nombre.

On trouvera des exemples de ces différentes formes dans les observations suivantes, En..., homme de 43 ans, a eu des scrupules de première communion à 12 ans, une phobie de choléra

1. Thomson, LIIIe Congrès de la Société psychiatrique de la province du Rhin. *Archives de neurologie*, 1895, I, 402.

à 18 ans, une obsession amoureuse à 23 ans, une obsession homicide contre ses beaux-parents à 31 ans, la phobie du chien enragé à 36 ans et actuellement depuis l'âge de 40 ans, il rumine constamment à propos du testament que sa mère a fait contre lui. X..., femme de 40 ans, a été obsédée à l'âge de 15 ans à propos d'un chien enragé qui a été tué et enterré dans le jardin. Elle s'est guérie de l'obsession, mais voici la quinzième fois qu'elle est reprise de la même phobie, qui chaque fois a été en s'accroissant et qui est devenue maintenant un véritable délire du contact. Au contraire, ces autres malades n'ont eu qu'un petit nombre d'accès : Cas... présente le premier accident sérieux à 30 ans en voyant son fils tomber à l'eau, obsession de mort, d'homicide, refus de manger pendant 18 mois ; la rechute n'a eu lieu au moins d'une manière visible qu'à 51 ans à la nouvelle que sa mère est devenue folle : elle tombe alors dans la phobie banale de la folie. Vor...a eu un délire de scrupule à 18 ans, avec manie de l'interrogation pour chercher si elle avait dit ou fait quelque chose de défendu ; elle ne présente une rechute qu'à 45 ans seulement quand elle a sa curieuse manie de perfection urinaire. Mio... (186), femme de 37 ans, a eu une première crise qui a duré six mois quand elle avait vingt ans à propos d'un locataire de la maison où elle était concierge, qui a déménagé sans la prévenir, elle a eu une deuxième crise à 27 ans, à propos de son chat qui est mort et maintenant elle est entrée dans une troisième crise de remords effrayants à 37 ans, parce qu'elle s'est laissée convaincre et a abandonné une de ses chattes.

Bien entendu ces diverses formes d'intermittences se combinent entre elles. Au cours d'une grande maladie de 18 mois se présentent les oscillations diurnes, mensuelles, et d'autres oscillations accidentelles à propos des incidents qui rappellent davantage l'idée principale.

4. — *La forme rémittente.*

Nous arrivons à la forme rémittente dans laquelle les oscillations existent encore, rapides, lentes ou très espacées comme dans la forme précédente, mais dans laquelle ces oscillations restent petites, relèvent un peu l'état du malade, mais ne le relèvent jamais au niveau normal[1]. Si on était sévère dans l'examen des

1. Legrand du Saulle n'entendait pas le mot « rémission » dans ce sens : pour

sujets et si on voulait examiner à fond leur état prétendu normal, entre les paroxysmes, je crois bien que presque tous se rattacheraient à cette dernière forme. M. J. Falret soutenait que l'obsession ne disparaissait jamais complètement, cela est plus juste qu'on ne le pense généralement. Dans tous les cas, il reste toujours quelque chose de l'aboulie, de l'insuffisance psychologique qui a déterminé la première obession et qui amènera la rechute.

Quoi qu'il en soit il y a des malades chez qui ce résidu est beaucoup plus net et plus visible et qui ne paraissent jamais se rétablir suffisamment. Lise a commencé les insuffisances psychologiques vers l'âge de six ou sept ans, à douze ans, elle avait les grandes ruminations sur les confessions et les interrogations sur la vocation religieuse, sans aucune interruption elle arrive à quinze ans aux doutes sur la religion et à dix-huit ans aux impulsions sacrilèges et aux formules de conjurations. C'est à ce moment que la famille s'aperçoit de la maladie, car on la surprend à parler seule ; il y a une légère rémission causée par les émotions du mariage vers vingt-trois ans, puis le délire évolue avec les interrogations sur le moyen de sauver l'âme du mari, et les pactes avec le diable ; à vingt-six ans, elle rumine sur les religions dualistes et sur la puissance du démon. Depuis cinq ans la lutte contre la maladie a simplement enrayé le mouvement ascensionnel et ramené pendant de longues périodes les obsessions « à l'état implicite ».

Jean était probablement depuis l'enfance un insuffisant psychologique : il prend des habitudes de masturbation à 14 ans, ces habitudes provoquent à l'âge de 15 ans une grande terreur avec chute du niveau mental, qui depuis ce moment jusqu'à l'âge de 32 ans ne s'est jamais relevé. Il a passé par une série d'obsessions étranges dont nous avons souvent parlé, il a eu pendant cinq ans des algies et des phobies relatives au pénis et au gland, il n'a jamais eu en somme que de légères rémissions.

Gisèle est malade depuis l'âge de 12 ans ; mais, quoiqu'elle n'ait

lui la rémission était un intervalle de santé morale « de meilleur aloi et plus durable que l'intermission. » (*Folie du doute*, p. 48.) MM. Pitres et Régis admettent que dans la variété rémittente « la maladie se traduit par des paroxysmes plus ou moins rapprochés entre lesquels il reste des symptômes encore très sensibles d'émotivité obsédante. » (*Op. cit.*, p. 26 et 80.) Le second sens du mot me paraît le plus naturel.

pas d'intermittence vraie, elle présente une variété curieuse, c'est l'alternance du délire de scrupule et des troubles de l'estomac. Pendant la période gastrique, si l'on peut ainsi dire, elle n'est plus guère obsédée, si ne n'est par la pensée qu'elle ne veut pas manger : quant à son scrupule sur la vocation religieuse il est presque disparu, « il n'est plus que dans un petit coin de sa tête. » Il est vrai que l'obsession de vocation va réapparaître après l'amélioration de l'état gastrique.

Nadia est curieuse par l'immutabilité de son obsession ; cette honte du corps, cette crainte d'engraisser a pris différentes formes ; elle était enfantine à 6 ans avec la crainte de la gourmandise, elle se complique à 16 ans de sentiment de pudeur et plus tard de peur de se montrer, mais en somme jusqu'à 30 ans elle n'a jamais disparu. D'ailleurs, dans ces formes chroniques, l'obsession peut persévérer bien plus longtemps, Leg... a commencé la maladie à 12 ans par la peur de faire du mal et à 45 ans elle reste encore immobile sur sa chaise « de peur de vous empoisonner par les poussières ou par sa salive ». Xa... à 69 ans, conserve encore sa crainte de l'homicide qui a commencé à 22 ans. C'est là la véritable forme grave de la psychasthénie vers laquelle tendent les formes intermittentes.

Toutes les causes qui agissent sur les oscillations de niveau, toutes les conditions qui font monter ou descendre la tension, les fatigues, les efforts, les émotions déterminent des variations, des rémissions ou des rechutes dans ces états, qui, pour être à peu près continus, n'en restent pas moins éminemment instables.

5. — *Les périodes critiques.*

Au cours de cette longue évolution les phénomènes pathologiques ne sont-ils pas soumis à quelque loi de transformation, ne traversent-ils pas certaines périodes caractéristiques ? C'est la question que Legrand du Saulle s'était déjà posée et qu'il avait essayé de résoudre par sa théorie connue des deux périodes dont la première était remplie par le doute et la deuxième par le délire du contact. Il affirmait en un mot que les sujets débutaient par les ruminations mentales puis continuaient par les phobies. C'est là une hypothèse malheureusement inadmissible, beaucoup d'auteurs se sont hâtés de montrer la marche inverse, la phobie du contact d'abord, puis au bout de quelques années les ruminations

mentales[1]. J'ai déjà souvent discuté cette question et je crois que les ruminations ou les phobies dépendent de l'état d'esprit du sujet, de son éducation, des circonstances provocatrice et ne se succèdent pas suivant une loi régulière.

Une autre période signalée par Legrand du Saulle est plus intéressante, « ce que je constate, dit-il, c'est que le signe différentiel qui sépare la seconde période de la première consiste dans les révélations absolument inattendues du malade, dans le récit prolixe de souffrances non soupçonnées, dans l'inauguration d'un système de questions sans fin, dans la sollicitation réitérée de paroles rassurantes et dans l'extrême facilité avec laquelle une personne de l'entourage dissipe momentanément les perplexités, en apparence les plus vives[2] ».

Il y a dans cette remarque des exagérations : le besoin de direction existe dès le début et fait partie des symptômes de l'insuffisance psychologique. Mais il y a là cependant une observation très juste à propos des révélations des malades. Presque toujours les malades gardent longtemps secrètes leurs angoisses, ils ont un sentiment vague de n'être pas comme tout le monde, une sorte de honte qui les retient ; d'autre part ils sont timides et ne savent pas s'exprimer ; enfin la famille fait tous ses efforts pour ne pas voir ce qui se passe et pour ne pas accepter même le soupçon d'une maladie mentale. Il arrive un moment où les choses éclatent, où les souffrances du malade le forcent à parler, à rechercher une direction plus précise. Je n'oserai pas dire que ce moment commence une seconde période mais il est certainement très important et presque toujours il est le point de départ d'une recrudescence du mal. Le malade faisait des efforts pour cacher ce qu'il éprouvait, la cessation de ces efforts lui est nuisible. On pourrait même diviser en deux degrés ce changement indiqué par Legrand du Saulle ; il y a un premier moment où le malade révèle son mal à une personne déterminée, à un parent, à un prêtre ou à un médecin, mais où il continue à le cacher aux autres, et un second moment beaucoup plus tardif où il éprouve le besoin de raconter ses tourments à tout le monde ; ce deuxième moment est le signe d'une aggravation beaucoup plus considérable.

Une autre loi avait été signalée par M. Séglas « dans bon nom-

1. Van Eeden, *Revue de l'hypnotisme*, 1892, p. 20.
2. Legrand du Saulle, *Folie du doute*, p. 20.

bre de cas, disait-il, les malades débutent par une phase d'angoisse vague ». M. Dallemagne ajoutait que lorsqu'ils guérissent, ils reviennent également à cette phase d'angoisse diffuse. Cette remarque me paraît devenir plus juste si on remplace le mot « angoisse » par le terme « insuffisance psychologique »; elle correspond à cette évolution que j'ai signalée au début chez certains malades dont l'évolution est lente : ils présentent une phase d'insuffisance psychologique avant les ruminations et les phobies et quand ils guérissent, ils terminent également par une période psychasthéniques analogue à celle du début.

Nous avons déjà signalé la remarque de MM. Pitres et Régis, sur l'intellectualisation progressive de ces troubles, cela revient à dire que le malade interprète peu à peu ce qu'il ressent et que les véritables obsessions intellectuelles sont tardives, mais cette observation ne s'applique qu'aux formes modérées de la maladie, nos grands malades étaient déjà parvenus à l'obsession du scrupule vers 12 ou 13 ans.

Une loi signalée par MM. Raymond et Arnaud est encore très importante, c'est la généralisation progressive de la maladie. « Un nombre d'idées toujours plus grand entre successivement dans la sphère du doute, l'incertitude et l'hésitation deviennent la caractéristique de toutes les réactions intellectuelles[1]. » Cette loi est très vraie et très importante; au début l'insuffisance psychologique, le trouble de la fonction du réel, l'aboulie, le doute n'atteignaient que des phénomènes particulièrement difficiles, ces troubles s'étendent graduellement jusqu'aux actes et aux pensées les plus élémentaires. Leg..., à 25 ans, a des phobies du poison à propos de la cuisine qu'elle doit faire, c'est un phénomène de dérivation à propos d'un travail, d'un acte volontaire professionnel comme nous l'avons vu bien souvent; à 45 ans, comme elle le dit elle-même, elle voit du poison partout, elle ne peut plus marcher, toucher un objet, respirer même. Tous ces actes, dès qu'ils sont faits avec attention, cessent de s'accomplir correctement et donnent naissance à la rumination sur le poison. Xa... au début ne pouvait toucher des couteaux sans penser à l'homicide, à 69 ans elle ne peut plus s'asseoir sur aucune chaise, mettre aucun vêtement sans être assaillie par la même crainte. La multiplicité des associations ca-

1. Raymond et Arnaud, *Ann. méd. psych.*, 1892, II, p. 209.

ractérise les obsessions d'une évolution avancée ; elle est en rapport avec le développement des aboulies et des insuffisances psychologiques.

M. Freud a signalé une loi intéressante de substitution, d'après laquelle une idée prend la place d'une autre. Il applique cette loi d'une manière un peu étroite, en disant que l'idée primitive a toujours rapport aux phénomènes sexuels. Mais en général cette loi est assez juste, elle correspond à la loi d'alternance des idées que, nous avons souvent rencontrée. Bien des choses expliquent cette alternance : la phobie ou la rumination n'étant qu'une dérivation, on comprend qu'une dérivation analogue puisse se substituer à la première, « une manie chasse l'autre, disait Za... ». « Il faut que cette idée soit remplacée par une autre, disait Lise, si je ne maudis pas Dieu, je rêverai au démon. »

On retrouve ici cette loi des idées stratifiées que j'ai étudiée ailleurs[1], quand on efface une idée récente des malades, ils retombent dans une ancienne. Une autre cause de ces substitutions, c'est que certaines excitations ont le pouvoir en faisant remonter la tension nerveuse de dissiper l'obsession, le besoin de cette excitation se substitue à l'idée elle-même. Lut..., femme de 25 ans, est obsédée par le regret d'un mariage rompu et par une obsession amoureuse, on lui offre un verre dans un cabaret pour la consoler et, de fait, cela la console très bien, si bien qu'elle recommence et au lieu d'être une obsédée amoureuse elle devient une dipsomane. L'excitation érotique a le même résultat, c'est pourquoi des scrupuleuses comme Loa... et Len... sont conduites à la rechercher et deviennent des érotomanes.

Ces diverses lois commencent à nous faire connaître les phases de cette évolution dont une grande partie reste encore inconnue.

4. — *Les complications.*

La maladie des obsessions psychasthéniques présente des troubles physiques et des troubles moraux mais ceux-ci semblent rester compatibles avec la conservation de la raison, puisque la ma-

1. *Accidents mentaux des hystériques*, 1893, p. 183, *Névroses et idées fixes*, I, p. 64 et 172.

lade garde le pouvoir de critiquer ses idées fausses et ceux-là semblent ne pas compromettre la vie, puisque les troubles neurasthéniques n'amènent pas directement la mort.

Les complications de la maladie sont des troubles qui s'y surajoutent de manière à compromettre la vie et la raison.

1. — *Les accidents physiques.*

J'insisterai peu sur les complications purement organiques, ce qui serait entrer incidemment dans l'étude de tous les ralentissements de la nutrition. J'ai signalé chemin faisant, les troubles digestifs, les troubles circulatoires, les maladies cutanées comme l'eczéma, le rhumatisme chronique déformant qui coexistent souvent avec l'état psychasthénique et qui peuvent dans certains cas prendre un grave développement. Ces troubles de nutrition peuvent comme toujours favoriser toutes les infections et j'ai malheureusement constaté une dizaine de fois la tuberculose pulmonaire qui venait se greffer sur ces affaiblissements. Il faut insister un peu plus sur un accident bizarre qui est plus directement en rapport avec l'engourdissement des fonctions.

La rétention des matières fécales, puis la stercorhémie et les accidents toxiques dus à cette rétention sont assez fréquents et il faut être prévenu de leur extrême gravité. A la suite d'une mauvaise nouvelle Nadia a présenté un engourdissement de ce genre, avec rétention prolongée des matières fécales. Les urines devinrent hémaphéiques, l'amaigrissement et la cachexie furent considérables, il y eut au point de vue mental un état de confusion et de stupeur dont je reparlerai.

Les grands lavements d'huile poussés avec une sonde devenant insuffisants il a fallu pratiquer un véritable curage de la fosse rectale. A la suite de cette opération et sous l'influence des grandes injections de sérum cette malade s'est rétablie, mais, ce qui donne la preuve de l'auto-intoxication, elle a présenté à la suite un névrite périphérique des jambes dont la guérison a été lente. J'ai observé le même accident quoique moins grave chez deux autres malades et je crois qu'il est nécessaire d'en signaler la gravité.

2. — *L'aliénation.*

Au point de vue mental, les obsessions semblent ne pas com-

promettre la raison et nous verrons en étudiant les terminaisons de la maladie normale qu'elle n'aboutit pas d'ordinaire à une véritable démence. On en a souvent conclu un peu vite que la maladie des obsessions n'expose pas le sujet à la folie proprement dite.

MM. Pitres et Régis, après avoir rapporté ces opinions remarquent qu'elles ont été souvent contredites et dans leur rapport, énumèrent un grand nombre d'auteurs étrangers et français qui ont rapporté des cas d'obsessions aboutissant à un délire bien caractérisé, Meynert, Schäfer, Wille, Emminghaus, Kraepelin, Wernicke, Tuczeck, Morselli, Friedmann, Mickle, Séglas. Ils citent six de leurs malades qui ont présenté des formes de psychose avérée et onze qui sont tombés dans un état intermédiaire entre l'obsession et la folie proprement dite. « Ce bilan, concluent-ils, nous semble assez significatif et nous pouvons en conclure que dans certains cas l'obsession vraie peut verser dans l'aliénation mentale. »

Je partage tout à fait sur ce point l'opinion de ces auteurs : sur mes 300 observations, je connais 23 malades qui ont versé soit dans l'aliénation mentale proprement dite, soit dans des états très approchants. J'ai même le sentiment que ce chiffre est tout à fait insuffisant, car beaucoup de ces malades n'ont pas été suivis suffisamment et, s'ils sont tombés dans le délire, ils ont été conduits dans d'autres services. Il ne faut pas être surpris de ce résultat, l'obsession est le signe d'un trouble mental grave. Pourquoi des cerveaux capables de présenter ce premier trouble n'en auraient-ils pas d'autres plus considérables ? Pourquoi l'abaissement de la tension qui fait perdre à nos malades les fonctions supérieures du réel ne pourrait-il pas s'aggraver et troubler des fonctions plus élémentaires. Je suis, au contraire, pour ma part assez surpris de ce petit nombre d'aliénés, il faut que le trouble psychasthénique soit en général bien léger pour qu'il n'aboutisse pas plus vite et plus souvent à des délires.

Les formes d'aliénation dans lesquelles versent les obsédés sont d'ordinaire rattachées à la mélancolie anxieuse [1] vers laquelle se dirigent ceux qui ont des symptômes surtout émotionnels, des phobies et aux états paranoiaques, aux délires systématisés, particulièrement au délire de persécution vers lequel se dirigeraient,

1. Cf. Krafft-Ebing, *Psychiatrie*, 1897, p. 546.

selon les auteurs précédents, ceux qui sont des obsessions intellectuelles.

J'ai observé 5 cas de mélancolie anxieuse survenant chez des obsédés, dont trois ont guéri, au moins approximativement, dans un cas, après 5 mois d'asile, dans l'autre après 10 mois. Une des malades, Brk..., a eu trois rechutes de cette mélancolie. Inversement quand on étudie les mélancoliques délirants on constate très souvent qu'ils ont eu avant leur dernier accès un état prévésanique souvent très long dans lequel ils ont présenté des symptômes de la maladie des obsessions. Dans la thèse de M. Boissier sur la mélancolie et la neurasthénie, je remarque le malade de l'observation I qui a été longtemps aboulique, scrupuleux, méticuleux avant ses accès de mélancolie avec stupeur, le malade de l'observation VIII qui est analogue, le malade de l'observation XII, agoraphobe et claustrophobe avant ses accès de mélancolie [1].

Les délires systématiques ont été plus fréquents dans mes observations, j'ai eu 12 malades qui sont devenus des persécutés. Mais je dois dire que le délire de persécution me semble devoir soulever bien des problèmes psychologiques et qu'il me paraît se rapprocher singulièrement des obsessions des scrupuleux. Il y a dans ce délire systématique un certain nombre de symptômes dont il serait nécessaire de faire l'analyse psychologique, pour voir leurs relations avec les phénomènes psychasthéniques. Je reviendrai sur ce problème dans le chapitre suivant à propos du diagnostic, sans pouvoir d'ailleurs le traiter complètement dans cet ouvrage. La transition entre la psychasthénie proprement dite avec conservation de la conscience et les délires systématiques se trouve dans une complication très remarquable que l'on peut appeler délire psychasthénique et que nous allons étudier.

Je voudrais ajouter quelques formes psychopathologiques dont les auteurs ne me paraissent pas parler suffisamment et qui peuvent survenir au cours du délire du scrupule.

1° *Le délire proprement psychasthénique ou la psychasthénie délirante.* Un phénomène essentiel caractérisait tous les symptômes psychasthéniques que nous avons appelés normaux, c'est la

1. Fr. Boissier, *Essai sur la neurasthénie et la mélancolie dépressive considérées dans leurs rapports réciproques*. Thèse, 1894, p. 23 et sq.

conservation de la conscience ou mieux, comme nous l'avons dit, de la critique. Les obsessions même les plus graves présentaient toujours des caractères en quelque sorte négatifs : elles n'aboutissaient pas à l'acte, elles ne déterminaient pas de véritables hallucinations, elles n'étaient pas accompagnées de croyances complètes. C'était là le grand caractère de toute la maladie qu'on avait souvent appelée un délire avec conscience, une folie lucide, une maladie du doute. Eh bien, certains malades nous présentent à ce propos un problème fort embarrassant. Par leur évolution, par leurs sentiments d'incomplétude, par leurs manies mentales, par leurs tics, par leurs phobies, par le contenu même de leurs idées délirantes ce sont bien des psychasthéniques : ils semblent avoir tous les caractères psychologiques de la maladie. Cependant ils semblent avoir dépassé dans leur délire cette période de doute et d'hésitation qui caractérisait les autres malades du même genre. Leur attitude, leur langage et même leur conduite est telle qu'ils semblent aller jusqu'au bout de leurs idées, chercher à les exécuter et surtout les adopter, y croire complètement. J'ai déjà décrit beaucoup de faits de ce genre surtout dans le dernier chapitre du second volume de cet ouvrage. MM. Raymond et Arnaud[1] ont justement insisté sur des cas identiques ; j'en ai rapporté de nouveaux exemples à la société de psychologie et M. Arnaud a fait sur ce point devant la même société un exposé fort intéressant.

Voici un cas remarquable que j'ai étudié avec M. Arnaud : un jeune homme de 22 ans, Nex..., scrupuleux et inquiet depuis l'enfance, est obsédé à 16 ans par des préoccupations génitales par la crainte de faire des choses immorales avec des femmes, avec ses sœurs et même avec des animaux. Il a de nombreuses phobies, toutes sortes de manies qu'il juge absurdes ; il est dans un état constant de doute et d'incertitude et il en a conscience. Il est lent et maladroit dans toutes ses actions et présente plusieurs formes d'aboulie tout à fait caractéristiques. Il est à ce moment un type complet et indiscutable de la maladie psychasthénique, telle que nous l'avons décrite. Mais à 18 ans ces craintes se sont transformées en idées délirantes. Il affirme tout haut qu'à chaque instant il fait ce qu'il appelle des « sottises » : il souille les femmes qu'il rencontre dans la rue à distance ; il les rend enceintes à la distance de plusieurs kilomètres ; il

1. Raymond. *Névroses et psycho-névroses*, 1907, p. 90.

souille aussi des chiennes, il commet des « saletés » avec des hommes, il projette son sperme au loin, à travers son pantalon et, plusieurs fois, il a « vu nettement » les taches de sperme qu'il venait de répandre sur les vêtements de ces personnes. Là ne se bornent pas ses idées délirantes. Il dit encore qu'en se promenant dans le voisinage des voies de tramway et de chemin de fer, il lance avec ses pieds des cailloux qui font dérailler les trains, etc. Sur tout cela il est aussi affirmatif que possible et n'émet jamais aucun doute. Quand on essaye de lui prouver l'absurdité de ses idées, il s'irrite et affirme encore plus énergiquement. Il se considère comme « un être abject, une affreuse canaille qu'on devrait tuer ». Il a eu d'ailleurs des idées de suicide et il a fait des tentatives extrêmement graves. La conviction qu'il a dans ses idées délirantes est telle qu'il semble mettre toute sa conduite exactement en accord avec elle. Non seulement il accepte l'internement dans une maison de santé sans demander jamais sa liberté ; mais il croit encore ne pas être suffisamment protégé contre ses turpitudes, il demande à être enfermé dans un cachot derrière de très hautes murailles. Chose encore plus probante, sa conviction apparaît dans les actes les plus ordinaires de la vie qu'il exécute quand il est tout seul, quand il ne sait pas du tout qu'il est observé. Par exemple, quand il marche seul dans le parc et qu'il aperçoit de loin une femme ou un chien il fait un long détour pour les éviter. Il marche tête baissée, examinant le sol, et il fait à chaque instant de brusques écarts de façon à éviter les pierres qu'il pourrait lancer au loin et qui feraient dérailler un train. En un mot il est par son évolution antérieure et par le contenu même de ses obsessions criminelles un psychasthénique typique, mais il se conduit comme un délirant systématique.

Autre observation curieuse à laquelle nous avons déjà fait allusion en étudiant l'exécution des impulsions : Omu... est une femme de 37 ans qui se présente à la consultation avec un costume particulièrement pittoresque. En plein hiver elle n'est revêtue que d'une chemise en coton noir, elle marche nu-pieds avec de singulières sandales. Un petit capuchon fait au crochet et toujours en coton noir recouvre sa tête soigneusement rasée ; d'ailleurs tous les poils de son corps sont également rasés. On pourrait faire une foule de remarques sur son costume, sur ses mouchoirs faits au crochet avec de larges trous, sur ses ornements ; etc. On trouverait la raison de tous ces détails dans

quelque particularité de ses idées. Son mouchoir bizarre est un emblème médical, il est destiné à lutter contre la propagation de la tuberculose en nous enlevant la mauvaise habitude que nous avons de nous moucher. Ses vêtements légers enseignent un traitement par le froid. Ils sont faits en coton parce que la laine n'est pas assez perméable aux influences des esprits, de même les poils du corps sont rasés pour ne pas gêner les esprits, etc...

Cette femme vous raconte qu'elle voit les esprits la nuit sous forme de globes lumineux, qu'elle converse avec eux au moyen de l'écriture médianimique. En un mot elle nous présente en apparence un délire systématique complet dans lequel toutes les idées sont acceptées sans l'ombre d'un doute, dans lequel ces idées se transforment très aisément en hallucinations et en actes. Est-ce que le fait de circuler l'hiver dans les rues de Paris avec un costume pareil ne démontre pas suffisamment la conviction du sujet. Cependant toute l'histoire de cette femme est celle d'une obsédée scrupuleuse, elle a toujours été tourmentée par le sentiment d'une liberté insuffisante, par le sentiment de l'automatisme. C'est encore ce sentiment qu'elle a aujourd'hui quand elle écrit des communications qu'elle attribue aux esprits. Elle s'est toujours plainte d'agir comme dans un rêve, sans décision, sans liberté, comme si on la poussait. Elle a eu toutes sortes d'obsessions scrupuleuses et hypocondriaques et ce n'est que depuis peu de temps que ces obsessions ont laissé la place à des idées délirantes qu'elle semble exécuter d'une manière plus complète.

Il y a ainsi bien des malades qui après un certain temps n'expriment plus les doutes caractéristiques relativement à l'obsession. Sont-ils réellement transformés ? Est-ce que ces doutes ont réellement disparu et ces sujets sont-ils aussi convaincus qu'ils paraissent l'être ? La question devient ici particulièrement délicate et on ne peut s'empêcher quand on connait bien ces malades de faire sur ces points quelques réserves. D'abord ces idées sont d'une énorme absurdité en contradiction flagrante avec les faits matériels, avec toutes les possibilités. Elles conservent le caractère d'idées extrêmes, de jeu des combles que nous avions remarqué dans les obsessions scrupuleuses. On n'observe rien d'aussi choquant dans les grands délires vésaniques. Cette absurdité contraste violemment avec la conservation presque complète de la conscience, avec l'intégrité du raisonnement sur tous les autres sujets. Comment peut-on comprendre qu'un jeune homme intel-

ligent lise des ouvrages d'histoire, cause d'une manière intéressante de tout ce qu'il a lu, juge fort bien l'ouvrage qu'il étudie et en même temps admette complètement qu'il rend enceintes les femmes à un kilomètre à la ronde : cela est bien peu vraisemblable. Ajoutez que ces malades ne sont affirmatifs que sur ces points absurdes, sur tout le reste, ils hésitent, doutent, ne peuvent arriver à une conviction. D'ailleurs leur affirmation même est variable suivant les périodes ; elle oscille comme la maladie elle-même et il y a fréquemment des périodes d'amélioration où ces malades ne semblent pas prendre tout à fait au sérieux les méfaits dont ils s'accusent ; ils éclatent de rire quand ils en parlent, ils paraissent trouver eux-mêmes que « c'est très drôle ».

MM. Raymond et Arnaud après avoir fait la plupart des remarques précédentes émettent une hypothèse qui nous paraît fort justifiée. Il y a quelque chose d'artificiel dans la conviction de ces malades et même dans l'exécution de leurs sottises. Ils semblent décidés à pousser leurs idées jusqu'au bout quelque soit le mal qui en résulte pour eux et cela par une sorte de parti pris, par une manie de logique. Les psychasthéniques ont, comme on le sait, des manies de précision, des manies de calcul, des manies de recommencement et ils s'entêtent désespéremment dans ces perpétuels recommencements. Eh bien quelques-uns d'entre eux remarquent eux-mêmes l'incohérence de leurs obsessions, ils font des efforts pour mettre leur conduite et leur parole en accord avec leurs sentiments pathologiques et leurs idées obsédantes et ils finissent par s'entêter dans une sorte de manie de logique qui les pousse à être absurdes jusqu'au bout, même quand en réalité ils n'ont pas au-dedans d'eux-mêmes la conviction qu'ils essayent de nous montrer.

On peut donc dire que cette forme singulière de délire présente quelque chose de très spécial et se rattache étroitement à la maladie que nous avons étudiée. Il n'en est pas moins vrai que c'est là une complication fort grave qui transforme les caractères apparents des sujets et qui les expose beaucoup plus que les autres à de véritables dangers.

2° *les états extatiques* avec un délire mystique plus ou moins systématisé. Voici par exemple une jeune fille de 20 ans, Chv... Le père est un inquiet et un aboulique, la mère une nerveuse ; depuis l'âge de 12 ans, elle présente des scrupules sur les confessions et les communions. Puis les scrupules se portent sur l'honnêteté, elle

ne veut pas toucher à la monnaie de peur de voler, elle ne veut pas permettre à sa mère de faire de petits bénéfices dans son commerce, enfin elle a des idées obsédantes à propos de la pudeur, elle ne veut pas lever les yeux de peur de regarder des pantalons. Ajoutons que, depuis son enfance, c'est une aboulique qui ne peut rien acheter, rien faire, qu'elle a des hésitations interminables et quoiqu'elle se rende compte de l'absurdité de ses idées, elle a perpétuellement des doutes : c'est donc une obsédée scrupuleuse typique. Eh bien, depuis un an, elle commence à présenter d'autres symptômes : elle renonce à tous les efforts qu'elle pouvait faire pour lutter contre sa maladie, elle ne veut plus voir personne. Elle renonce également à toute satisfaction, ne mange plus que très peu d'une nourriture très grossière et ne veut plus accepter aucun plaisir. Elle délare qu'elle a trouvé en Dieu le calme qui lui manquait : elle présente en effet une expression de béatitude et se déclare parfaitement heureuse. Elle reste immobile des journées entières en souriant aux anges, en un mot elle est envahie par un délire mystique avec une disposition plus ou moins forte à l'extase.

Je crois qu'il en a été absolument de même dans l'évolution d'un cas remarquable d'extase avec stigmatisation que j'ai décrit dans l'observation de Madeleine[1]. A mon avis, on a exagéré le rôle de l'hystérie dans les extases proprement dites ; la maladie du scrupule y est au moins aussi importante. L'obsession se développe à la suite d'une insuffisance psychologique et l'extase religieuse qui est un rétrécissement volontaire ou involontaire de la conscience est une sorte de remède aux troubles de cette insuffisance : je ne fais que signaler le problème que j'espère reprendre d'une façon plus complète dans l'étude des extatiques.

3° Une autre maladie mentale me paraît à signaler au cours des obsessions, c'est *la confusion mentale* ou la stupeur telle que l'avait décrite récemment M. Chaslin. On vient de voir l'indication rapide d'une maladie grave qu'a traversée Nadia, à la suite d'une nouvelle désagréable pour elle. Au cours de cette maladie, elle est tombée dans un état de tristesse et d'inertie beaucoup plus grand qu'à l'ordinaire, elle restait des heures entières immobile sur sa chaise, les yeux vagues, disant qu'elle n'était plus préoccupée

1. Une extatique. *Bulletin de l'Institut psychologique international*, juillet 1901, p. 210.

par ses idées et qu'elle ne pensait à rien. La faiblesse augmentant, elle dût s'aliter et elle resta trois mois à peu près sans conscience, pouvant à peine répondre et d'une manière peu correcte à quelques questions très simples.

J'étais disposé à croire que dans ce cas le rétention des matières fécales, la stercorhémie avait joué le rôle principal pour provoquer la confusion mentale. Il n'en est pas de même dans le cas suivant : Eu..., jeune fille de 27 ans, est une obsédée scrupuleuse depuis l'âge de 10 ans, scrupules de confession, impulsion au suicide, etc. Elle a appris l'année dernière la mort de sa mère et s'est mise en tête à ce propos l'idée obsédante qu'elle l'avait tuée ; de là des regrets, des remords, des idées de suicide, des pseudo-hallucinations, elle croyait entendre la foule qui la huait, le diable qui lui parlait et elle murmurait : « va-t-en, Satan ». Cependant elle conservait encors sa lucidité. Trois mois après, elle refuse de manger et ne paraît plus comprendre, elle cesse de répondre aux questions et on l'amène dans un état de stupeur complet. Je n'en puis tirer aucune explication et il est visible qu'elle ne comprend plus.

Elle demande seulement « où suis-je, qui êtes-vous ? » et ne comprend pas les réponses ; elle est d'ailleurs docile comme un enfant et se laisse maintenir au lit, mais elle refuse de manger et elle gâte. J'ai dû la nourrir à la sonde pendant deux mois ; préoccupé par le souvenir du cas précédent, j'ai constamment surveillé les selles qui sont toujours restées suffisantes. La malade s'est rétablie graduellement : elle est revenue à la conscience comme font souvent les confus avec le souvenir net des scrupules antérieurs mais sans aucune notion de la période de stupeur.

Le cas de Zea... (203), femme de 29 ans, est exactement semblable. C'était une obsédée avec remords de masturbation et de crimes génitaux imaginaires : à la suite d'une émotion elle présenta une stupeur de trois mois.

Enfin la confusion mentale peut prendre la forme d'excitation avec bouffées délirantes comme dans l'observation de Mbv..., jeune fille de 20 ans. Cette malade était atteinte du délire du scrupule religieux depuis l'âge de 15 ans, tourmentée par des remords interminables, elle était toujours à genoux auprès de son confesseur. A la suite de remords plus grands et de fatigues, elle présenta un arrêt des règles et, depuis ce moment, une grande agitation délirante ; elle voit le diable, elle croit être elle-même le

diable qui a pris son corps, ses mains, ses pieds ; elle a établi un pacte avec lui, elle veut arracher ses yeux qui ont péché et elle cherche à les frapper, elle déclare qu'elle nous perd tous si elle nous touche, et elle se couche par terre pour essayer de mourir. De temps en temps, si on l'interpelle vivement, elle reprend conscience et s'excuse des folies qu'elle vient de dire, puis elle recommence. L'état délirant a duré quatre mois, puis il y eut une période de confusion mentale et de rêves pendant trois mois, enfin le rétablissement fut à peu près complet.

On voit par ces exemples que la confusion mentale se présente sous ses deux formes, avec stupidité et avec excitation au cours de la maladie des obsessions. C'est une remarque qui avait déjà été faite par M. Hughes[1], au dernier congrès de médecine, les observations précédentes en confirment l'importance.

Les cas de confusion mentale que je viens de rapporter ont guéri, mais il peut fort bien ne pas en être ainsi. Quand de tels états de confusion avec stupeur ou excitation se présentent chez des jeunes gens et aboutissent à la démence précoce, on est assez disposé à les considérer comme une maladie spéciale : la démence précoce des adolescents, l'hébéphrénie des auteurs allemands. Ces confusions incurables ne sont pas essentiellement d'une autre nature que les précédentes et elles peuvent de même survenir au cours d'un état psychasthénique avec obsessions et scrupules. C'est ainsi que les choses se sont passées dans deux de mes observations d'hébéphrénie. Cette remarque est importante ; si l'on songe que les scrupules, les remords interminables à propos des confessions, les hontes du corps si fréquents chez les jeunes gens peuvent aboutir à la confusion de la démence précoce dont le pronostic est si sombre on ne sera plus disposé à considérer ces troubles de l'esprit comme peu dangereux et comme si éloignés de la folie proprement dite.

Enfin parmi les terminaisons fatales de la maladie, il ne faut pas oublier de signaler la terminaison par le suicide dont M. Séglas a signalé la fréquence. J'en ai malheuresement constaté quelques exemples, mais je crois encore le fait assez rare à cause de l'aboulie de ces malades. Il existe cependant et doit être redouté, parmi les accidents possibles de cette maladie.

1. Pr Hughes, *Congrès international de médecine de Paris, section de Psychiatrie*, 1900, p. 132.

5. — *Les terminaisons.*

En dehors de ces complications étrangères en réalité à la maladie proprement dite, il est intéressant de rechercher comment se termine la maladie psychasthénique quand elle garde jusqu'au bout ses traits caractéristiques et ne se transforme pas en une autre psychose.

Les premiers observateurs ont été frappés de ce fait que les obsédés n'arrivent pas au délire complet et que la maladie n'aboutit pas à une démence. C'était l'opinion soutenue dans le rapport de M. J. Falret, en 1889. C'était également la thèse soutenue dans le livre de MM. Magnan et Legrain : « C'est un fait remarquable, disent-ils, jamais dans ces cas on n'observe la moindre modification du syndrome qui reste toujours semblable à lui-même. Il n'évolue pas, il ne se transforme pas, jamais il ne devient l'origine d'un délire proprement dit, comme on l'écrit quelquefois en confondant l'idée obsédante avec l'obsession pure ; jamais il ne se termine par la démence[1]. »

D'autre part, quelques auteurs remarquent justement que les troubles vont en augmentant, rendant l'existence de plus en plus anormale ; MM. Marie et Vigouroux proposaient de considérer cet état terminal « comme une démence spéciale[2] ».

En examinant les caractères que la maladie revêt à sa dernière période chez les malades âgés qui sont restés obsédés depuis leur jeunesse, nous verrons ce qu'il y a de juste dans ces deux opinions en apparence opposées.

1. — *L'inertie et l'isolement.*

« A la troisième période, disait Legrand du Saulle, le malade vit dans la solitude, ses mouvements sont lents, sa vie se prolonge et s'éteint dans une sorte d'immobilité..., les malades sortent de moins en moins, leurs idées deviennent étroites, leur caractère très égoïste, leurs mouvements lents, leur temps est perdu à

1. Magnan et Legrain, 1895, p. 165. Cf. Séglas, *Maladies mentales*, p. 87.
2. Marie et Vigouroux, *Congrès des aliénistes et neurologistes français*. Angers, août 1898.

mille petits détails de toilette et de repas, ils restent dans l'immobilité et renoncent aux relations avec autrui, mais même au dernier degré le malade n'est pas dément[1]. » Morel[2] disait déjà : « lorsque le mal a conquis tous ses droits à l'habitude, à la chronicité, voici ce qui peut arriver, les malades tombent dans l'indifférence, dans une sorte de misanthropie morose. Ils ne se gênent pas plus devant les étrangers que devant leur famille pour se livrer à des actes ridicules qui les font passer pour des excentriques, pour des hommes à tics ». Ball arrive à la même description : « la guérison est rare, mais la maladie ne finit presque jamais par la démence. Arrivés à la dernière étape de leur maladie, les sujets restent figés dans leur délire, incapables de tout travail, tristes et moroses, ils s'éloignent de la société et vivent dans un état de séquestration volontaire[3] ». Krafft-Ebing, tout en disant que la maladie n'est pas progressive, ce qui m'étonne, dit que la maladie aboutit à des états de torpeur intellectuelle qui ne doivent pas être confondus avec l'imbécilité[4].

Ces descriptions sont très exactes, on est étonné en voyant ces malades âgés conserver une intelligence en apparence suffisante et cependant avoir renoncé à toute activité, avoir adopté une existence vraiment absurde. Fok... qui a toute sa vie eu des manies hypocondriaques et des phobies de déglutition, vit maintenant constamment étendue sur une chaise longue ; elle lit encore un peu, elle reçoit quelques visites assez rares, elle semble intelligente et cependant voici cinq ans qu'elle n'a pas quitté la chaise longue et qu'elle passe ses jours et ses nuits à avaler lentement, goutte à goutte, un peu de jaune d'œuf. Nadia, à trente ans, est arrivée à se séquestrer dans un petit appartement qu'il est devenu impossible de lui faire quitter, elle ne reçoit jamais qu'une ou deux personnes et rarement, elle n'a plus aucune relation avec le monde, mais elle a encore quelque activité puisqu'elle se livre avec grand succès à quelques petits travaux artistiques. Au contraire, Leg... à 45 ans est devenue complètement immobile, elle reste toute la journée sur une chaise, ne faisant absolument plus rien et n'osant même pas remuer ou parler de peur d'envoyer des microbes et du poison sur les personnes présentes. Xa... à 65 ans ne veut

1. Legrand du Saulle, *Folie du doute*, p. 8, 57.
2. Morel, *Délire émotif*, p. 391.
3. Ball, *Revue scientifique*, 1882, II, p. 46.
4. Krafft-Ebing, *Psychiatrie*, trad. 1897, p. 542, 546.

même plus s'asseoir, elle reste debout ou accroupie au milieu de sa chambre, son dernier fauteuil ayant été contaminé par une personne qui s'est assise dessus. Elle ne voit plus personne et il faut deux gardes pour arriver à lui faire accomplir les actes nécessaires à la conservation d'une aussi pauvre existence. Sans doute ces malades parlent encore raisonnablement : la dernière est même capable, depuis que je suis parvenu à la faire asseoir, de soutenir une conversation et de rire d'elle-même.

Un type tout à fait remarquable à ce point de vue est Fik... (158). Cette femme, âgée de 60 ans, parfaitement bien portante, sans aucune infirmité, intelligente et riche, qui pourrait mener une vie tout à fait raisonnable et agréable, en est arrivée à une existence absurde qui la met au désespoir. Elle ne peut plus accomplir aucune espèce d'action, elle ne peut recevoir personne, ni aller voir personne. Elle peut à peine sortir dans les rues, elle ne peut s'occuper ni de toilette, ni de religion, ni d'un travail quelconque, ni d'une lecture, ni de quoi que ce soit. Elle peut à peine se nourrir d'une manière raisonnable et encore faut-il qu'elle mange après les autres, qu'elle soit seule à table. Elle peut difficilement dormir et même se coucher et souvent elle passe 48 heures étendue sur un fauteuil. Toute action, ou plutôt tout commencement d'une action, car elle n'en fait aucune, détermine des ruminations, des phobies, des angoisses interminables. Mais tout cela ne serait rien si cette pauvre femme n'avait un caractère épouvantable, d'une susceptibilité, d'une intolérance, d'un autoritarisme inouïs. De même que toute action lui paraît possible quand il ne s'agit pas de l'action présente, toute personne lui paraît agréable quand il ne s'agit pas de la personne qui est devant elle. Elle se fâche contre tous ceux qui l'approchent, elle se prétend martyrisée par tous ceux qui essayent de lui dire un mot et elle prend alors un ton à la fois gémissant, ironique et méchant qui fait fuir. Il en résulte qu'elle a été abandonnée successivement par tout le monde, qu'elle n'a plus ni famille, ni amis et qu'elle est réellement dans un isolement complet ; tous ceux qui pourraient s'intéresser à elle sont terrifiés à la pensée de la revoir. N'est-il pas surprenant qu'une femme semblable ait cependant toute sa raison, qu'elle ait de l'intelligence et même de l'esprit ?

Il n'est pas de plus bel exemple pour montrer que cette maladie laisse subsister tout ce qui appartient au domaine des

images, des idées abstraites, de la parole, mais qu'elle supprime complètement toute activité qui concerne le réel et le présent. L'isolement social dans lequel finissent ces malades est aussi bien instructif : il nous montre qu'une certaine puissance d'activité réelle est nécessaire pour conserver des amitiés et même des relations. De même que la plus haute activité de la volonté se manifeste par le pouvoir de réunir et de diriger les hommes, de même la plus grande déchéance de toute volonté amène l'incapacité de conserver aucune relation avec des hommes, et l'isolement absolu.

Sans doute, on ne peut dans ces cas parler de démence intellectuelle complète. Mais cependant en voyant ce désordre, cette nullité de l'existence, on ne peut s'empêcher de trouver qu'il y avait quelque chose de vrai dans l'expression de MM. Marie et Vigouroux et de dire que les malades aboutissent à une démence spéciale. Ce n'est pas la démence ordinaire qui supprime l'intelligence abstraite, c'est une démence spéciale qui porte sur l'action, sur les rapports avec la réalité. Ce dernier aboutissant de l'insuffisance psychologique fondamentale ne vient-il pas confirmer notre théorie qui fait des troubles de la volonté, de l'attention, des fonctions du réel, le trouble essentiel et primordial de toute la maladie.

2. — *La guérison relative.*

Heureusement ces tristes terminaisons de la maladie ne sont pas fatales. MM. Pitres et Régis[1] ont fait une observation très remarquable à propos des tables statistiques qu'ils avaient dressées sur l'âge de leurs malades et cette remarque peut se répéter exactement sur les miennes. Il est certain, soit pour ces auteurs, soit pour moi, que plus des 3/4 de nos malades en traitement sont jeunes, au-dessous de 30 ans et que le nombre des malades en traitement diminue très rapidement à mesure que nous considérons des âges plus avancés. Comment expliquer le fait ?

On peut dire d'abord que quelques-uns des malades jeunes meurent ; mais les morts sont rares chez les obsédés. Quelques-uns doivent se dégoûter des traitements, leur nombre ne doit pas être grand, quand on voit combien ces malades aiment à être dirigés. Il

1. Pitres et Régis, *op. cit.*, p. 83.

ne reste qu'une explication possible, c'est que les scrupuleux sont en réalité de moins en moins nombreux à mesure que l'âge s'avance et qu'un très grand nombre, plus de la moitié, a dû guérir avant d'arriver à 40 ans. Cette notion que nous apprend le raisonnement est confirmée par l'observation. On voit un grand nombre de malades s'améliorer vers la fin de la jeunesse. Il en est de cette maladie exactement comme de l'hystérie qui se développe très fréquemment, chez les femmes surtout, à l'âge de la puberté physique ou morale et qui diminue ou disparaît quand cette double évolution est bien terminée, c'est-à-dire de 25 à 30 ans, car il s'agit de sujets dont le développement est lent et dont l'évolution est en retard. Ball disait déjà que les malades atteints à l'époque de la puberté ont des chances de guérison, parce que l'évolution progressive de l'organisme peut les débarrasser de cette faiblesse. Legrand du Saulle, Krafft-Ebing parlent aussi de ces guérisons, j'en ai observé un très grand nombre.

Quand les idées fixes diminuent, les malades repassent en sens inverse à travers la série des phénomènes qui se sont développés au début. Ils oublient les obsessions proprement dites mais conservent d'abord des manies, des tics, des phobies, puis quand ils les perdent, ils restent simplement abouliques, enfin, dans les cas les plus heureux, l'aboulie tend à disparaître au moins jusqu'à l'époque des rechutes ; les observations de Bor..., de Toq..., etc., sont démonstratives à ce point de vue. D'autres malades qui ont dépassé ce terme tardif de l'évolution de la puberté guérissent encore aux approches de la maturité. C'est évidemment à cause de ces guérisons fréquentes survenant soit spontanément soit sous l'influence du traitement que les obsédés deviennent de plus en plus rares à partir de l'âge de 40 ans.

Cette diminution de la maladie avec l'âge me paraît encore intéressante et se rattacher à nos études. La jeunesse, quelles que soient les illusions qu'on ait eues sur elle, est la période la plus dure de la vie, c'est celle qui demande de grands efforts d'organisation physique et morale. La femme surtout se dépense dans l'organisation des fonctions de la génération, puis des fonctions de la maternité. Au point de vue moral c'est l'époque où il faut acquérir d'innombrables connaissances, comprendre et organiser toutes sortes de sentiments nouveaux et se préparer simultanément un caractère, une conduite, des croyances, une carrière, une famille, des amis, etc. Chez les individus très normaux la jeunesse

présente tout justement des forces spéciales pour répondre à ces besoins spéciaux et quand on saura mesurer la tension psychologique et nerveuse on verra qu'elle est à ce moment plus forte que jamais. L'enfant et le jeune homme normal ont une force énorme de *présentification* : ils vivent dans le présent, ils sentent le présent réel, ils s'y adaptent avec une énergie surprenante qui leur fait oublier tout ce qui n'est pas présent et réel. Mais l'individu héréditairement faible n'est pas assez fort pour traverser sans encombres cette période difficile ; il s'épuise dans cette organisation physique et morale, il devient incapable d'avoir une tension nerveuse suffisante pour la perception du présent et pour l'action réelle. Je ne suis pas étonné quand j'entends des parents expliquer à leur façon la maladie du scrupule de leur fille : « elle est devenue rêveuse parce qu'elle a trop grandi ». C'est là l'expression vulgaire de cette idée générale que l'obsession provient de l'insuffisance des forces psycho-physiologiques. Mon regretté maître, M. Hanot, avait l'habitude dans ses cliniques si vivantes d'expliquer par cette comparaison la chlorose des jeunes filles : « c'est un voyageur parti avec un trop petit capital ; dans les petits villages pas chers, il a pu passer sans difficulté, mais quand il faut traverser les grandes villes où de grosses dépenses sont nécessaires, il fait faillite. » La faillite ne se manifeste pas uniquement par les troubles de la nutrition, elle se manifeste dans bien des cas par des insuffisances cérébrales dont la folie du doute est une manifestation.

Quand cette période est passée, la vie adulte devient infiniment moins difficile, l'organisme est construit et doit tout simplement s'entretenir, la carrière, la famille, les croyances sont organisées : la dépense mentale devient infiniment moindre. Sans doute nos obsédés ne deviendront pas des hommes éminents, ils n'auront pas de forces à dépenser pour un travail supplémentaire, mais ils auront une force suffisante pour la perception ordinaire et pour des actions devenues en grande partie automatiques. Ces perceptions et ces actions deviendront alors plus réelles, ne donneront plus naissance au sentiment d'incomplétude, les dérivations et les obsessions qui résultaient de cette faiblesse de tension disparaîtront graduellement. La guérison au moins partielle est donc une terminaison que l'on peut espérer dans un bon nombre de cas, et le traitement doit tendre à aider les bons effets du progrès de l'âge.

CHAPITRE III

LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT

Les questions de diagnostic et de pronostic, la recherche des rares procédés thérapeutiques qui sont reconnus comme ayant quelque influence doivent terminer une étude complète de cette affection. Comme ce livre a surtout pour but de rechercher les notions psychologiques qui se dégagent de l'examen des malades, je résumerai brièvement ce qu'il y a d'essentiel dans ces recherches pratiques : un grand nombre de notions relatives au diagnostic et au pronostic découlent d'ailleurs très naturellement des études précédentes. J'insisterai surtout sur la thérapeutique : l'examen de quelques essais intéressants peut être utile et les divers traitements constituent des expériences qui peuvent jeter quelque lumière sur les théories psychologiques que je viens d'étudier.

PREMIÈRE SECTION

LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic est évidemment facile quand on a affaire aux cas typiques et bien développés. Quand une femme de 25 ans vient confier au médecin que malgré elle elle s'interroge avec angoisse sur une question qu'elle sait être stupide et inutile, qu'elle se demande pendant des heures entières si la tache noire que son enfant porte à la cuisse est bien un signe de légitimité et prouve que l'enfant est du mari ; dans un cas de ce genre il n'y a guère d'hésitation possible. Mais si la maladie est moins nette, si elle détermine des troubles des fonctions organiques, de la marche,

de la miction, etc., on peut souvent être très embarrassé : quelquefois ce n'est que l'évolution qui donnera une connaissance plus nette du malade et permettra d'arriver à une opinion précise. Ce problème du diagnostic me paraît différent suivant le groupe des symptômes prédominants que présente le malade. Nous avons admis trois groupes de symptômes, les insuffisances psychologiques, les phénomènes de dérivation ou les crises de psycholepsie et les obsessions proprement dites qui se surajoutent aux phénomènes précédents.

Quand les malades ne présentent que le premier groupe de symptômes, qu'ils sont surtout abouliques, aprosexiques, qu'ils ont des troubles de l'émotivité, du sommeil, le diagnostic avec *la neurasthénie* semble le plus difficile à faire. Je ne suis pas convaincu qu'il soit important de chercher à l'établir. La neurasthénie est une maladie encore très vaguement déterminée, elle contient probablement un grand nombre de troubles qui sont simplement des débuts d'autres névroses ou d'autres psychoses. Tant que la maladie n'est pas caractérisée, il n'y a pas grand inconvénient à se servir de ce terme vague de neurasthénie qui est accepté volontiers par les malades. Il suffit de ne pas oublier que la neurasthénie peut, en évoluant, donner naissance à des états psychasthéniques plus ou moins graves.

Mais peut-on prévoir quelles sont les neurasthénies dangereuses à ce point de vue et peut-on reconnaître le moment où elles se transforment et méritent de prendre un autre nom ? Bien entendu, les neurasthéniques dont l'hérédité est chargée, dont la maladie a débuté plus insidieusement pour des causes physiques ou morales minimes sont les plus prédisposés à cette évolution. Il faut aussi tenir compte de la prédominance des symptômes psychiques sur les symptômes physiques. Enfin, à propos des symptômes psychiques on peut faire la remarque suivante. Certains malades sont très abouliques, ne peuvent plus faire attention et présentent de l'amnésie continue, mais ils le constatent sans s'en inquiéter, ils ont très peu ces sentiments d'incomplétude qui caractérisent les psychasthéniques ; chez ceux-là les troubles de l'obsession sont peu à redouter. Au contraire, si un malade ayant les symptômes de neurasthénie surtout morale se plaint ensuite de ne plus se reconnaître lui-même, de trouver le monde étrange, de se sentir comme dédoublé, de constater lui-même le caractère

automatique de ses actes, il y a lieu de se montrer inquiet et de craindre que l'état neurasthénique ne se complique bientôt de ruminations, de phobies et d'obsessions.

Un autre diagnostic qui se présente au même moment c'est celui de *la confusion mentale aiguë* ou *chronique*. Nous avons vu que la confusion se présente comme un accident grave au cours des états psychasthéniques, mais si la confusion mentale est légère elle peut être confondue avec la période d'insuffisance psychologique des obsessions. Le diagnostic est surtout intéressant à propos de ces confusions chroniques et lentes qui se développent chez les jeunes gens et que l'on range souvent sous le nom de démences précoces.

Le problème de la démence précoce est l'un des plus difficiles de la psychiatrie, il ne peut être traité ici incidemment. Je crois que l'on a exagéré démesurément le sens de ce mot et le nombre des malades auxquels on l'applique. Je crois que l'on a tort aussi de transformer la conception assez vague d'un fâcheux pronostic, celui de la démence à brève échéance, en un diagnostic de la maladie elle-même et de son mécanisme. Certains de mes malades ont abouti après quelques années, comme on vient de le voir, à un état vraiment démentiel, je maintiens cependant qu'ils ont été au moment où je les ai examinés pour la première fois des psychasthéniques. Il n'en est pas moins vrai que certaines formes de confusion mentale présentent un très mauvais pronostic et doivent faire craindre une démence précoce, ce sont ces formes qu'il serait très important de pouvoir bien distinguer des insuffisances psychologiques que présentent au début les psychasthéniques.

La distinction de ces formes et de la psychasthénie proprement dite est théoriquement assez simple. Le trouble psychasthénique analogue sur ce point au trouble hystérique ne porte que sur les fonctions les plus élevées de l'esprit, l'activité mentale, l'adaptation nouvelle au présent, l'adaptation aux situations sociales données dans le moment présent, sur la perception et le sentiment de réalité des événements actuels, sur la formation des croyances nouvelles, en un mot, il n'atteint que la partie de l'esprit qui est encore en formation, en évolution, ce n'est si l'on veut qu'un trouble ou un arrêt du développement. La lésion de la démence précoce, comme de toute démence, porte sur des fonctions anciennement organisées, sur des associations déjà faites depuis

longtemps, sur des sentiments et des instincts fort anciens. Le caractère essentiel qui sépare ces deux troubles, c'est que le dernier est une détérioration de mécanismes psychologiques antérieurs au lieu d'être une insuffisance dans la formation de mécanismes nouveaux.

Malheureusement cette distinction simple en théorie est des plus difficiles à faire en pratique, car les doutes, les sentiments d'incomplétude, les aboulies peuvent simuler la détérioration des fonctions et il n'est pas toujours facile de mettre en évidence leur conservation. On est obligé de se fier à la présence ou à l'absence de certains symptômes plus ou moins nettement associés avec la conservation de l'esprit ou avec sa détérioration. Les sentiments d'incomplétude, les doutes, les angoisses, les obsessions mêmes quand elles sont accompagnées de critique ne s'associent guère avec une véritable détérioration. Inversement le négativisme perpétuel sans raison, sans manie mentale ou sans idée fixe qui l'explique, les stéréotypies, ces reproductions perpétuelles d'un mouvement insignifiant et inutile, sans qu'il y ait au début le mécanisme mental du tic, les dissociations entre les idées et le caractère, entre les idées et les sentiments, la disparition des sentiments et des instincts naturels sont des signes graves qui font penser à une détérioration profonde. Mais les difficultés restent souvent très graves et une étude psychologique sérieuse de la démence précoce pourra seule les diminuer.

Le diagnostic avec *les états mélancoliques* dépend des troubles du sentiment, de la douleur morale qui est si caractéristique chez le mélancolique[1]. Sans doute quand la maladie des obsessions est très développée elle peut faire naître un sentiment de désespoir, mais ce sentiment est secondaire et tardif, tandis qu'il semble être primitif dans la mélancolie.

Le mélancolique ne présente pas les doutes, les hésitations des scrupuleux, il est plus affirmatif et plus convaincu. Il est vrai que le psychasthénique délirant dont nous venons de parler présente une conviction qui semble du même genre, mais il est facile de voir qu'elle est plus apparente que réelle et qu'il s'entête dans ses affirmations par une sorte de manie de logique. En outre, l'état du mélancolique, lorsque la maladie est constituée est infiniment plus stable, plus monotone que celui du psychasthé-

1. Séglas, *Congrès des aliénistes d'Angers*, août 1898.

nique. Tandis que celui-ci oscille continuellement sous la plus légère influence, le mélancolique reste le même pendant une assez longue période et ne change que d'une manière assez régulière vers la fin de la crise, dans la période de terminaison.

Bien entendu, les troubles mélancoliques peuvent s'ajouter aux troubles de l'obsession et, comme le disent MM. Pitres et Régis, il y a des états mixtes qui tiennent de la mélancolie et de l'obsession[1].

Enfin on peut rencontrer de très graves difficultés, exceptionnellement il est vrai, si l'on est amené à hésiter entre ces états psychasthéniques et le début de *la paralysie générale*. C'est le problème du diagnostic toujours délicat à mon avis entre la neurasthénie et la paralysie générale à ses début. Je me suis trouvé une fois dans une grande hésitation. Le malade, homme de 45 ans, très intelligent, d'une haute situation, venait consulter de lui-même, ce qui indiquait la conscience des troubles, il se plaignait de diminution de la volonté, de l'attention et de la mémoire, de sentiments d'automatisme et d'un état permanent d'inquiétude. En même temps j'apprenais par la famille que le malade avait eu à l'âge de 30 ans une grande crise d'idées obsédantes de jalousie et de persécution. D'autre part l'âge déjà avancé, l'intégrité intellectuelle et la haute puissance de volonté pendant la plus grande partie de la vie, un peu de tremblement de la langue et des lèvres, un peu d'inégalité pupillaire et une syphilis antérieure me firent hésiter et me conduisirent à avertir la famille d'un diagnostic de paralysie générale. Mon diagnostic fut contesté dans une consultation; malheureusement l'avenir me donna raison et deux ans après le malade mourut dans un accès épileptoïde. On se trouvera rarement dans un embarras semblable: les signes physiques de la paralysie générale, le développement de la démence qui descend plus profondément que le trouble psychasthénique permettront en général d'arriver facilement au diagnostic.

Si nous considérons le second groupe de symptômes, les agitations motrices, les phobies et les ruminations mentales, les deux premiers phénomènes surtout donneront naissance à des problèmes de diagnostic. Le premier de ces problèmes consiste à bien reconnaître le caractère névropathique des phénomènes et à ne pas les rattacher aux affections organiques qu'ils simulent. Les phobies détermi-

1. Pitres et Régis, *op. cit.*, p. 93.

nent des troubles de l'alimentation, de la déglutition, de la défécation, de la miction, de la marche, de l'écriture et surtout des fonctions génitales. Il est essentiel de ne pas faire de tous ces troubles des lésions du pharynx, de l'estomac, de l'intestin ou de la moelle épinière. Cela est surtout important ici, car un faux diagnostic confirme le malade dans ses appréhensions et aggrave la maladie mentale. On se souvient de ce qui arrive aux jeunes mariés que l'émotion rend insuffisants et à qui on parle de maladie de la moelle épinière. Il suffit en général de rechercher avec beaucoup de précision les symptômes de la maladie organique simulée et de les rechercher en silence sans expliquer au malade ce que l'on vérifie. Sans doute la suggestibilité du malade n'est pas aussi redoutable que celle des hystériques, mais le désir d'être pris pour un malade sérieux, la crainte de s'entendre appeler « hypocondriaque » suffit pour amener sinon une véritable simulation, au moins une aggravation du symptôme bien faite pour embarrasser le médecin. Si l'on ne retrouve en aucune façon ces symptômes des maladies organiques, il faut rechercher les symptômes des phobies, des angoisses, le sentiment de l'irrésistibilité et la conscience de l'absurdité qui en général ne manquent point, puis tous les troubles de la volonté, de l'attention, de l'émotivité qui en général sont assez nombreux pour ne laisser aucun doute. Quelquefois cependant le diagnostic reste délicat, au moins pendant un certain temps. C'est qu'au début le symptôme peut paraître isolé comme il arrive dans l'hystérie monosymptomatique et que tous les troubles de l'état psychasthénique semblent se grouper plus tard autour de ce phénomène particulier. L'évolution ne tarde pas à lever la difficulté.

Je n'insiste pas sur le diagnostic de la maladie des tics parce que cette maladie me paraît singulièrement conçue : on s'est uniquement préoccupé en l'établissant de séparer le tic de la chorée sans se préoccuper de diagnostiquer l'état mental dont les tics n'étaient que la manifestation. A mon avis cet état mental peut appartenir à deux maladies, soit à l'hystérie, soit à la psychasthénie. Si un tic n'est pas hystérique et ici nous retombons dans le diagnostic de l'hystérie, il forme un phénomène de dérivation propre à l'aboulie psychasthénique. M. Oddo[1] insistait dernière-

1. G. Oddo, Diagnostic différentiel de la maladie des tics et de la chorée de Sydenham. *Presse médicale*, 30 septembre 1899.

ment sur la gravité du tic au point de vue du pronostic. « Si le tiqueur n'est pas encore un dégénéré en fait, il le sera, il est marqué pour le devenir ; la curabilité de certains tics ne contredit pas cette opinion, car les obsessions et les phobies elles-mêmes sont curables au moins dans certains cas. » Il y a tout avantage à mon avis, après avoir séparé les tics hystériques, à faire rentrer les autres tics dans le groupe des agitations forcées avec les ruminations, les phobies, les obsessions dont tous leurs caractères psychologiques les rapprochent.

Le diagnostic le plus intéressant à propos de ce groupe de phénomènes est celui de l'hystérie, il se présente à propos des crises d'agitation motrice qui sont souvent prises pour des crises d'hystérie (Vod..., Nadia), à propos des ruminations qui constituent quelquefois des périodes semblables à des somnambulismes (Gisèle), à propos des refus de mouvement, des refus d'aliments, à propos des tics, etc. Théoriquement le diagnostic devrait être fait très facilement grâce à la recherche des stigmates : une hystérique avec hémianesthésie nette et rétrécissement du champ visuel ne ressemble pas à une scrupuleuse qui n'a que des troubles de l'attention ; mais d'une part nous avons vu que les scrupuleuses dans les états graves comme Claire et Lise peuvent présenter des diminutions de la sensibilité et d'autre part j'en arrive à croire que nous avons exagéré, sinon la fréquence, au moins la généralité de l'anesthésie complète chez l'hystérique. Dans ce diagnostic souvent délicat on sera guidé par les antécédents, il y a certains faits nettement hystériques : les contractures, les vraies paralysies, les somnambulismes typiques suivis d'amnésie qui n'existent pas chez les psychasthéniques ; on pourra se servir de quelques expériences, l'hypnotisme vrai, la suggestion, les actes subconscients n'existent pas davantage chez ces malades.

Le véritable diagnostic doit se faire par l'examen de la forme psychologique que prennent les troubles principaux. Le trouble principal de l'hystérie porte sur la perception personnelle des phénomènes et détermine un rétrécissement du champ de la conscience ; il en résulte que cette maladie mentale est caractérisée par la suppression complète de certains faits et par l'exagération de certains autres. Tandis que des sensations, des souvenirs, des images motrices sont complètement disparus de la conscience personnelle, ce qui constitue des anesthésies, des amnésies, des paralysies, etc., les phénomènes psychologiques con-

servés vont jusqu'à leur terme extrême ; on constate des impulsions à des actes qui s'exécutent complètement, au moins pendant certaines crises, des hallucinations complètes, avec illusion de la réalité, des convictions irrésistibles. C'est là ce qui constitue chez l'hystérique, le rétrécissement du champ de la conscience. Les psychasthéniques au lieu de ce rétrécissement du champ de la conscience présentent un abaissement de la conscience dans sa totalité. Ils ne présentent aucune des lacunes complètes de l'hystérique, ni anesthésie, ni amnésie, ni paralysie, ni subconscience, ni suggestion qui résultent de ce rétrécissement ; ils ne présentent pas non plus ces conservations complètes ou même ces exagérations de certains phénomènes isolés des autres. D'autre part cet abaissement général qui n'est pas compensé par un rétrécissement du champ de la conscience leur donne des sentiments d'incomplétude bien plus accentués qu'ils ne sont d'ordinaire dans l'hystérie. Tandis que l'hystérique a tous les sentiments extrêmes, vous aime ou vous déteste avec une égale perfection, le scrupuleux ne sait jamais d'une façon précise s'il vous aime ou s'il vous déteste ; l'hystérique perd certains phénomènes, mais elle exagère les autres ; le psychasthénique ne perd aucun phénomène, mais il n'en exagère et même n'en termine aucun. Si on considère les phénomènes en particulier on trouvera dans chacun d'eux les conséquences de ces grandes différences. L'anesthésie, l'amnésie, la subconscience donnent aux phénomènes automatiques des hystériques, aux agitations, aux tics, aux impulsions une perfection, une régularité, un rythme qui n'existent plus chez les autres malades. Il y a un inachèvement caractéristique dans toutes les manifestations morbides des psychasthéniques.

Quelques auteurs pensent que la neurasthénie et l'hystérie se confondent, se combinent souvent. Cela peut exister au début quand les symptômes de l'état psychologique sont encore peu accentués, mais alors il me semble inutile de préciser un diagnostic qui n'a pas de raison d'être. On peut reprendre à ce propos le vieux mot de nervosisme qui sera suffisant pour désigner ce trouble psychologique vague. Si je ne me trompe, cette confusion ne continue pas longtemps : d'ordinaire les malades ne tardent pas à verser franchement dans l'une ou dans l'autre des deux formes de l'abaissement psychologique. Seul l'état d'esprit des extatiques me semble être un intermédiaire entre l'état d'esprit scrupuleux et l'état

mental hystérique. La difficulté même qu'éprouve l'extatique à réaliser dans l'extase l'isolement, l'unité de l'esprit qu'il cherche, les efforts qu'il doit faire pour se rapprocher de la catalepsie si facile aux hystériques montre bien l'opposition réelle qui existe entre ces deux grandes névroses.

Si nous arrivons au troisième groupe de symptômes et si le malade présente surtout des obsessions, nous retrouvons d'abord quelques-uns des problèmes précédents : il ne faut pas confondre les troubles amenés par des obsessions de la honte du corps avec les maladies organiques correspondantes. Nous retrouvons aussi le diagnostic de l'hystérie, car les hystériques ont aussi des idées fixes ; mais dans cette névrose, les idées fixes prennent plus ou moins la forme somnambulique, elles déterminent des actes, des hallucinations, des convictions complètes, elles sont suivies d'amnésie, ou elles sont accompagnées de phénomènes subconscients. En un mot la distinction devrait être faite de la même manière que tout à l'heure à propos des agitations et des paralysies.

Nous arrivons à un nouveau problème que nous présentent les délires systématiques à leur début, les paranoias rudimentaires qui vont constituer le délire hypocondriaque, la folie mystique, le délire de persécution. Les anciens auteurs confondaient presque toujours ces délires systématisés avec le délire du doute, Delasiauve en 1859 donne comme exemple de « pseudo-monomanie » un cas typique de délire de persécution. Marcé en 1862 confond en un même groupe le délire de persécution et les « idées forcées » des obsédés. Ici encore le diagnostic théorique est fort simple, il consiste à constater l'existence de ces signes qui sont adoptés par tous les auteurs d'une manière classique pour établir la différence entre l'idée fixe et l'obsession. « L'idée fixe, disait M. Roubinovitch, est une conception délirante, inconsciente, dominant toute la personnalité psychique ; l'obsession est une idée inutile ou nuisible, reconnue fausse qui occupe l'esprit du malade contre sa volonté. L'idée fixe est permanente, l'obsession procède par paroxysme ; chez le premier malade c'est le jugement, la faculté d'association des idées qui est lésée, c'est chez le second la sphère émotive, la volonté[1]. » Il en est ainsi sans doute dans

1. Roubinovitch, *Bulletin méd.*, 22 juillet 1896. Cf. Kéraval. L'idée fixe. *Archives de neurologie*, 1899, II, 24.

les cas typiques et un persécuté au terme de son délire manifeste une conviction absolue, en exprimant des idées de persécution et de grandeur, il accomplit des actes en rapport avec ses idées, il entend des voix hallucinatoires et il ne ressemble aucunement à un obsédé qui s'interroge indéfiniment sur son scrupule et qui n'a que des pseudo-hallucinations.

Cependant je crois qu'il y a lieu d'être très embarrassé si l'on considère les malades à leur début. M. Marandon de Montiel, MM. Vigouroux et Decasse ont montré comment les idées délirantes des persécutés se rattachaient également chez eux à des troubles antérieurs de l'émotivité et de la cœnesthésie[1]. J'ai été tout surpris d'observer chez les persécutés un grand nombre des caractères de nos psychasthéniques : on constate dans le développement de leur maladie la même influence de toutes les causes débilitantes, des maladies infectieuses, des émotions, les mêmes oscillations du niveau mental, les mêmes troubles de l'insuffisance psychologique, l'aboulie, l'aprosexie, le besoin de direction et surtout les sentiments d'automatisme. « Ce n'est plus moi qui lis, on lit à ma place, répètent-ils souvent ». On retrouve également chez les persécutés systématiques les sentiments de dédoublement, d'étrangeté du corps, d'étrangeté du monde extérieur. Inversement on peut retrouver chez l'obsédé le plus typique le même contenu des idées que dans le délire systématique : les idées obsédantes mystiques sont, comme on l'a vu, fréquentes, les idées de persécution se mêlent très souvent aux obsessions de la honte de soi. Le plus souvent il est vrai, l'obsédé s'accuse lui-même à propos des troubles qu'il ressent, mais il n'est pas rare de l'entendre en accuser les autres. Rp... (123) obsédé tout à fait typique, avec manie des présages et pseudo-hallucinations symboliques est tourmenté par l'idée « que depuis son enfance des juifs puissants ont la patte sur lui et lui enlèvent toute liberté. » Lrm... (232) qui présente les luttes symboliques si amusantes contre un personnage X est en réalité tourmenté par l'obsession que X le persécute. On trouve également chez les obsédés des idées de grandeur, M. Séglas en a rapporté un exemple curieux[2], j'en ai déjà cité plusieurs dans les descriptions pré-

1. Marandon de Montiel, De la genèse des conceptions délirantes et des hallucinations dans le délire systématisé. *Gazette des hôpitaux*, 5 juin 1900.

2. Séglas, *Leçons sur les maladies mentales*, p. 764.

cédentes. En un mot, tous ces phénomènes sont tellement semblables que dans une douzaine d'observations je soutiens que le diagnostic n'était pas possible au début.

Il y a des malades qui au début oscillent visiblement entre le délire de persécution et le délire du scrupule. Ha... (208), femme de 35 ans, a toujours été une scrupuleuse, se reprochant de ne pas travailler suffisamment, craignant de ne pas gagner sa vie. Elle a eu longtemps la manie des serments, des alternatives, des pactes, elle se disait à elle-même « si tu vas aux halles tu seras une vieille putain, si tu vas aux Tuileries tu seras une vieille folle. » Elle va aux halles et se dit à elle-même ; « c'est vrai que tu es une vieille garce ». Mais depuis quelque temps le délire de persécution s'accuse, « on l'endort dans sa chambre, on l'hypnotise, on la pousse dans le dos, on lui fait faire des pirouettes. Mais surtout on lui parle à travers le mur : des voix qu'elle croit réelles se mêlent de tout ce qu'elle pense, répètent ses pensées, les tournent en ridicule, cherchent à se moquer d'elle, en lui disant qu'une de ses tantes a 130 ans ou bien l'insultent, l'appellent garce, putain, la menacent de la faire mourir à la Salpêtrière, etc... » Il est évident qu'elle évolue lentement avec des oscillations du scrupule à forme obsédante vers la persécution à forme systématique.

Toute l'observation de Ex..., serait des plus curieuses à ce point de vue, c'est avant tout une psychasthénique, avec tous les sentiments d'incomplétude, sentiment d'absence de liberté, d'automatisme, de folie, de la perte de la vie, de dépersonnalisation et en même temps interprétation délirante que tous ses biens lui ont été ravis par des anarchistes dont son mari est le roi, par des initiés qui lui lancent des poudres pour paralyser sa volonté. Elle semble croire ce qu'elle affirme, puisqu'elle a commis une foule d'excentricités qui l'ont fait enfermer ; mais cependant elle ne peut jamais parler des initiés ou des poudres sans se tordre de rire exactement comme Lise quand elle parle du démon.

En un mot, je crois qu'il y a une série de gros problèmes psychologiques à résoudre dans l'étude du persécuté : il faudrait expliquer sa manie d'objectiver, de chercher toujours l'explication en dehors de lui tandis que le scrupuleux cherche le plus souvent cette explication en lui-même, il faudrait examiner le degré de sa conviction qui, si je ne me trompe, n'est pas toujours absolue et varie énormément suivant les oscillations du niveau

mental. Il faudrait étudier ses fameuses hallucinations de l'ouïe et expliquer pourquoi il n'est halluciné que de l'ouïe, ce sens du langage, ce sens *social* qui se trouble plus facilement que les autres chez les individus qui ont précisément de l'aboulie sociale. Si l'on faisait ces études on verrait, je crois, qu'il y a au début infiniment de phénomènes communs entre les psychasthéniques et les paranoiaques et l'on pourrait indiquer avec précision le point où s'effectue la séparation, ce qui aujourd'hui ne peut être fait que d'une manière assez vague.

Quoi qu'il en soit, le problème consiste actuellement à distinguer les états psychasthéniques qui ont une tendance à évoluer vers les délires systématiques et ceux qui sont destinés à se borner aux obsessions. La tendance antérieure du caractère, l'autophilie, l'orgueil, la susceptibilité, le caractère autoritaire montrent une disposition à objectiver les troubles psychologiques, à rendre les autres responsables de tous les phénomènes de l'insuffisance psychologique. En outre on trouve chez ces malades une tendance à systématiser, moins de disposition au doute quand il s'agit de l'interprétation délirante : ces caractères doivent faire craindre que l'état psychasthénique n'évolue vers cette variété particulièrement dangereuse qui est le délire systématique de persécution. Les caractères inverses, la douceur, l'humilité, la tendance à l'analyse subjective, font plutôt prévoir les obsessions du doute et du scrupule. C'est toujours l'analyse psychologique des divers symptômes qui permet de donner quelque précision au diagnostic.

DEUXIÈME SECTION

LE PRONOSTIC

Indépendamment du diagnostic différentiel qui nous permet de ranger le malade dans telle ou telle catégorie dont l'évolution est plus ou moins dangereuse, on peut distinguer des formes de la maladie dont le pronostic n'est pas le même.

En général, je crois qu'il faut commencer par reconnaitre que cette maladie est grave : il me semble que l'on a souvent l'habitude, en opposant les obsessions aux délires proprement dits, en se souvenant qu'elles n'aboutissent pas à la démence intellectuelle complète, de répéter que c'est là une maladie mentale bénigne. Ce n'est pas tout à fait mon avis : si l'on songe que presque tous les cas, à moins qu'ils ne soient insignifiants, vont se prolonger de 8 à 12 mois, qu'il y a très souvent, dans les trois quarts des cas des récidives ordinairement plus graves que la première atteinte, qu'un bon nombre, à peu près le dixième des cas, est destiné à passer à la chronicité, si l'on songe que pendant son évolution cette maladie non seulement cause de très grandes souffrances, mais éloigne presque complètement le sujet de la vie normale et l'amène, si elle se prolonge, à une complète incapacité de travail, lui supprime la famille et les relations sociales et le conduit à l'isolement complet, on verra que malgré la conservation de la conscience, c'est une triste maladie de l'esprit. Il est bon de faire cette remarque, non pour la communiquer au malade lui-même, mais pour avertir ses parents, s'il en a de sensés, et pour rendre sérieux les efforts nécessaires au traitement. On doit aussi chercher à reconnaître les formes dont le pronostic est plus particulièrement sérieux. Un premier caractère joue un rôle capital, c'est l'hérédité, sur laquelle il est toujours difficile d'avoir des renseignements précis. L'existence d'aliénés dans la famille, surtout de ces aliénés qui sont voisins des psychasthéniques, des obsédés du même genre, des mélancoliques, des persécutés, des paranoiaques prend évidemment une grande importance. Si dans

la famille il y a déjà des obsédés, il est bon de bien connaître l'évolution de la maladie chez eux, car cette évolution se répète souvent absolument semblable. Il faut aussi tenir grand compte dans la recherche de l'hérédité des névroses et surtout, à mon avis, de l'épilepsie.

A côté des aliénés et des névropathes proprement dits, il est très important de s'enquérir de l'existence dans la famille de ce que l'on appelle communément des bizarres. M. Magnan a justement remarqué que ces individus bizarres, originaux, excentriques, ayant des tics, des manies, un caractère difficile, autoritaires à l'excès, sont précisément ceux qui laissent le plus souvent à leurs descendants les tares psychasthéniques. Cela se comprend facilement si l'on songe que ces bizarreries sont déjà des marques de l'insuffisance de l'adaptation sociale, de l'insuffisance des fonctions du réel, et de l'aboulie. Parmi ces bizarreries, j'insiste sur ce genre de caractère que l'on voit se transmettre pendant plusieurs générations en se perfectionnant à chacune et qui consiste dans une prudence allant jusqu'à la poltronnerie, dans une indécision de la volonté, un défaut de résistance, une gravité allant jusqu'à la tristesse. On constate en même temps une grande délicatesse des sentiments et une tendance à préférer la vie idéale à la vie réelle. Ce caractère qui ne laisse pas d'être élevé et sympathique à ses débuts ne tarde pas à aboutir dans les générations suivantes à l'aboulie, à l'inquiétude permanente et donne enfin naissance à des douteurs, des scrupuleux, des obsédés. Il est bon de s'informer de ces caractères surtout chez celui des parents auquel le malade ressemble le plus. Plus ce caractère se sera développé dans plusieurs générations, plus il sera difficile de remonter ce courant et plus le pronostic sera sérieux.

Après l'hérédité, l'âge du début a une grande importance, je parle du début réel et non du début apparent, de l'époque d'apparition des phénomènes d'insuffisance psychologique et des sentiments d'incomplétude. Plus ce début est précoce, plus il a une signification grave, les phénomènes qui apparaissent de bonne heure dans le développement sont ceux qui sont le plus fortement héréditaires qui font le plus partie de la constitution. Il faut donc se défier de ces enfants qui sont déjà des sages, des prudents, des réfléchis à cinq ou six ans, ce caractère devient vite dangereux quand ils sont des lents, des hésitants, des repentants. On apprend vite, quand on interroge bien le malade, qu'à

cinq ans il était malheureux si ses vêtements n'étaient pas bien rangés avant de se coucher, si on ne lui donnait pas partout et toujours exactement la même place. Ce début précoce est en général un mauvais signe. Il faut faire une exception pour les débuts très fréquents qui apparaissent à la puberté, ou qui surviennent au moment où les enfants grandissent beaucoup; sans doute, ils montrent toujours une disposition constitutionnelle à l'insuffisance psychologique, mais on peut espérer que cette insuffisance est en rapport avec les grandes dépenses de vitalité que l'organisme doit faire à ce moment d'un autre côté et qu'elle disparaîtra au moment du développement complet. C'est pour la même raison que le pronostic s'aggrave quand la fin de ce développement est arrivée sans amener la terminaison de la maladie, chez une femme, par exemple, le pronostic devient plus grave si la maladie se prolonge après 25 ans.

Il faut tenir compte également des circonstances qui ont déterminé le début. A peu près comme dans toutes les maladies mentales, le pronostic est d'autant plus grave que les circonstances ont été plus insignifiantes. Les débuts lents, insidieux, sans graves maladies, sans grandes émotions déterminantes sont plus graves que les débuts rapides à la suite d'un état infectieux, d'un grand trouble moral, d'une violente émotion. Dans ces derniers cas on peut espérer qu'il s'agit de la forme accidentelle, acquise de la maladie plutôt que de sa forme constitutionnelle.

Enfin il faut se préoccuper pour le pronostic de la forme qu'a prise la maladie. MM. Pitres et Régis font observer justement que les obsessions devenues intellectuelles sont plus dangereuses que les phobies et surtout que les états émotionnels non systématisés.

Cela me semble juste à la condition que l'on ne confonde pas avec les obsessions bien constituées les états de rumination mentale qui ne sont que des sortes de tics, des phénomènes de dérivation exactement comme les phobies elles-mêmes. La gradation au point de vue du pronostic se retrouvera être celle que j'ai adoptée dans l'interprétation des symptômes : au plus bas degré, les phénomènes d'insuffisance dans lesquels rentrent non seulement l'émotivité, mais encore toutes les formes de l'aboulie, en second lieu les accidents de dérivation qui ne comprennent pas seulement les phobies plus ou moins systématisées, mais encore tous les tics et les ruminations mentales, enfin en dernier lieu les

obsessions qui montrent que le malade entre dans la période des interprétations délirantes, quoique son délire conserve le caractères de l'hésitation et du doute qui sont les troubles fondamentaux de la maladie.

Quand le malade est parvenu au dernier degré et que la maladie est tout à fait chronique il faut, pour établir le pronostic, tenir compte de l'activité que conserve encore le sujet, du nombre de relations qu'on peut lui garder, des travaux qu'on peut lui faire exécuter : l'isolement et l'inertie complète étant le terme le plus triste des états psychasthéniques.

Je ne fais que signaler l'importance du point de vue médico-légal bien discuté dans un grand nombre d'études[1]. En général ces obsessions ne déterminent pas d'actions véritables, mais une exécution plus ou moins incomplète peut survenir à l'insu du malade et au cours de ses manies de tentation et de demi-exécution. L'impulsion peut être plus grave et le pronostic bien plus réservé quand à l'état psychasthénique proprement dit se joignent l'épilepsie, la débilité mentale, l'alcoolisme ou d'autres intoxications.

En dehors des crimes proprement dits, des actes absurdes comme des promesses de mariage, des fugues, des conduites inconvenantes peuvent être en rapport avec les obsessions de honte ou les besoins d'excitation. Non seulement il faut songer à mettre quelquefois le malade hors d'état de nuire aux autres, mais il faut aussi dans certains cas, le défendre contre lui-même.

1. En particulier dans les travaux suivants : Renaudin, Observations médico-légales sur la monomanie. *Ann. méd. psych.*, 1854, p. 236. Delasiauve. Des pseudo-monomanies et de leur importance légale. *Ann. méd. psych.*, 1859. Motet. *Société de médecine légale de Paris*, 13 février 1890. P. Denommé. Des impulsions morbides au point de vue médico-légal. *Thèse*, Lyon, 1890. Bérillon, les phobies neurasthéniques au point de vue du service militaire. *Revue de l'hypnotisme*, 1894, p. 241. G. Carrier (de Lyon), Contribution à l'étude des obsessions et des impulsions à l'homicide et au suicide chez les dégénérés au point de vue médico-légal, 1899.

TROISIÈME SECTION

LA THÉRAPEUTIQUE

De semblables états psychopathiques se développent lentement, souvent au cours de plusieurs générations et chez le malade lui-même ont besoin de plusieurs années pour arriver à leur terme, il en résulte que les efforts dirigés contre eux doivent s'exercer avant le développement complet du mal. Il serait évidemment utile de prévoir l'apparition de ces troubles mentaux et de retarder leur éclosion. Ensuite interviendront les efforts du traitement proprement dit quand la psychasthénie est constituée.

1. — La prophylaxie.

En réalité cette prophylaxie devrait commencer avant la naissance et tenir compte du principal facteur des états psychasthéniques, c'est-à-dire de l'hérédité. Il faudrait redouter les unions avec les familles tarées qui contiennent des aliénés, des névropathes, des alcooliques. M. Cazalis écrivait sur ce point des articles éloquents et courageux quand il réclamait pour le mariage un certificat médical. Cette opinion qui paraît aujourd'hui une paradoxe deviendra bientôt une vérité élémentaire. On finira par comprendre qu'il n'est pas nécessaire de rechercher avant tout l'augmentation numérique des populations, mais qu'il faut se préoccuper aussi de leur qualité et qu'il est dangereux d'encombrer un pays de ce nombre croissant de névropathes et de débiles.

Si on se place au point de vue particulier de cette maladie du scrupule, il faudrait se préoccuper non seulement de l'aliénation proprement dite, mais encore de cette tendance croissante dans certaines familles à l'inertie, à la timidité, à la méditation : on ne peut évidemment pas faire de ces caractères qui vont d'ordinaire avec la délicatesse des sentiments et l'affinement de la race une

condition interdisant le mariage, mais on peut en tenir compte dans la mesure du possible. M. Talbot, dans un article récent sur la dégénérescence et le mariage[1], insiste sur le danger des unions consanguines qui accentuent les caractères familiaux. Il fait remarquer à ce propos que ce danger n'existe pas seulement dans les unions entre membres d'une même famille; il observe que dans les mêmes professions, dans les mêmes milieux se développent les mêmes tares, les mêmes dégénérations à un degré peut-être plus élevé que dans les mêmes familles et que ces tares rendent également dangereuse l'union de ces familles entre elles. J'ai été frappé de cette remarque en voyant le délire du scrupule se développer dans des familles universitaires, dans des familles de magistrats, où le père et la mère appartiennent au même milieu depuis plusieurs générations. Quand cette tare psychasthénique commence à se développer, il serait bon non seulement d'éviter les unions consanguines, mais encore d'éviter les unions dans le même milieu moral et de croiser non seulement les races, mais aussi les situations et les éducations professionnelles. Malheureusement ces précautions sont bien difficiles à prendre, par une sorte de fatalité nos futurs psychasthéniques sont souvent séduisants surtout pour des esprits du même ordre. Leur douceur, leur honnêteté exagérée par l'absence de combativité, la subtilité de leurs sentiments et de leurs idées, les rendent souvent sympathiques et ils se cherchent entre eux. J'ai souvent été étonné de l'adresse extraordinaire que déployait un scrupuleux pour découvrir une femme aussi atteinte que lui : faudra-t-il s'étonner ensuite si les enfants sont des obsédés. Il est inutile d'insister beaucoup sur ces précautions que l'on devrait prendre pour relever l'énergie de la race et éviter la chute de la tension jusqu'à l'insuffisance ; le médecin sera bien rarement consulté sur ce premier point de prophylaxie.

Le second point de la prophylaxie doit être l'hygiène et l'éducation d'un enfant pour lequel on a des raisons de supposer une prédisposition. Ce conseil sera demandé plus souvent que le précédent par les parents qui sont eux-mêmes atteints de troubles psychasthéniques et qui s'effrayent en apercevant les premiers signes de la maladie chez leurs tout jeunes enfants.

1. Dr Talbot, Dégénérescence et mariage. *The alienist and neurologist*, janvier 1899.

Il n'y a guère à insister sur l'hygiène physique, elle doit être celle du futur arthritique, nourriture simple, à mon avis surtout végétale, suppression totale des vins, des alcools et réduction de la viande ; vie au grand air, à la campagne, si possible, habitude des sommeils prolongés en couchant l'enfant de bonne heure ; pratiques d'hydrothérapie.

Au point de vue moral il y a toute une éducation à faire. L'enfant de très bonne heure doit être habitué au mouvement qui est un des grands antagonistes de la rumination mentale, il doit faire beaucoup d'exercices physiques de toute espèce. Mais il faut que ces mouvements ne soient pas incoordonnés, l'agitation motrice étant pour lui un danger, il faut que ces exercices soient réglés et adroits. Je considère comme essentiel de développer l'adresse des mouvements physiques. Les scrupuleux sont de terribles maladroits qui ne savent rien toucher, rien manier. Il faut habituer les enfants dès le plus bas âge à se servir de leurs membres, à apprendre des métiers manuels, ils doivent savoir travailler la terre, le bois, le papier, faire pousser des plantes, construire des objets, agir sur la réalité.

Un autre caractère de ces exercices est bien plus difficile à faire accepter par les familles : il faut que ces exercices soient jusqu'à un certain point dangereux. Les enfants et les jeunes gens doivent apprendre, et apprendre à leurs dépens, à faire attention à la réalité, à surveiller les instruments qu'ils emploient et les mouvements qu'ils font. Ce danger joue un rôle essentiel : quand il a été surmonté il donne aux jeunes gens confiance en eux-mêmes, il remonte leur niveau mental par la satisfaction de la difficulté vaincue. « Le fait de s'être trouvé en face d'un danger, dit très bien M. Marro, et de l'avoir surmonté heureusement est pour l'organisme mental l'équivalent d'avoir résisté à une infection pour l'organisme physique. Il crée en même temps un pouvoir défensif qui permet de résister à de nouveaux et plus graves dangers[1]. » Il résulte de ces remarques que ces enfants doivent être habitués à agir seuls à leurs risques et périls : il faut de très bonne heure dans une foule de circonstances les abandonner à eux-mêmes, les laisser se promener et même voyager seuls. La nécessité les forcera à s'adapter aux circonstances, à devenir pratiques, ce qui est l'antipode du scrupule ou de la phobie.

1. Marro, *La puberté*, p. 425.

Enfin il faut chercher dans ces exercices et ces actions un autre caractère, le caractère social. De très bonne heure ces enfants prédisposés doivent être habitués à la société et à la société de personnes qu'ils ne connaissent pas. Cette habitude ne s'acquiert pas si l'enfant est toujours accompagné par ses parents ou par sa bonne. Rien ne rend un enfant timide comme la présence de ses parents, parce que, en leur présence, il ne sent pas la nécessité de faire un effort, de tendre son activité mentale et qu'il se laisse aller à cette aboulie qui est la source de l'émotivité. On est tout surpris de voir que le même enfant cesse d'être timide, quand il est laissé seul dans la même société. Le fait d'être abandonné à lui-même suffit pour qu'il se tende et que son esprit fonctionne à un niveau supérieur. Il n'est pas nécessaire que la société où il se trouve ait toujours de la sympathie pour lui comme il le désire : il est bon qu'il trouve devant lui des résistances, des jalousies, des compétitions, en un mot des luttes. Tout à l'opposé de ce pauvre père de famille qui jusqu'à la fin de la classe de philosophie faisait accompagner et rechercher par une domestique son fils aux classes du lycée « pour qu'il ne pût jamais se battre avec ses camarades » je crois qu'il est extrêmement important de forcer notre jeune psychasthénique à se battre. S'il réussit à le faire et si par hasard il triomphe, ce qui est fort possible, il en sera transformé et le souci de son avenir vaut bien le danger de quelques horions.

L'éducation intellectuelle ne vient qu'en second lieu chez ces personnes : elles ne sont que trop disposées au développement de l'intelligence pure. Il faut éviter l'enseignement abstrait de pure mémoire, qui n'est que trop répandu en France. Dans l'état psychasthénique l'esprit semble être développé en étendue et non en profondeur, il y a comme une dispersion de la pensée. C'est là une indication dont on doit tenir compte, le grand nombre des études diverses, faites d'une manière superficielle est pour ces jeunes gens d'autant plus dangereux qu'ils réussissent facilement à acquérir ainsi quelques notions en apparence brillantes. Il faut que l'intelligence soit dirigée avant tout vers l'observation, vers l'observation physique plus que vers l'observation morale. Il faut se méfier surtout de l'observation subjective dans laquelle ces individus sont passés maîtres. Cette disposition à l'introspection chez les scrupuleux dépend en partie de leur inquiétude et en grande

partie de ce fait que les images et les associations d'images sont des phénomènes d'ordre inférieur, plus facile et plus nombreux que les phénomènes de perception extérieure dans des cerveaux dont la tension est abaissée : le développement de l'introspection n'est qu'une variété de la rumination. Pour lutter contre cette tendance, des études sur les objets, les animaux, les plantes doivent intervenir pour une bonne part dans leurs travaux.

Il faut surtout surveiller l'application de leur attention, il faut chercher par toutes sortes d'exercices à la maintenir fixée sur quelque étude précise et il ne faut jamais permettre la rêverie vague. Une des choses les plus funestes ce sont les longues heures d'études, où on laisse les enfants libres de faire tout ce qu'ils veulent, pourvu qu'ils restent immobiles et silencieux. Ils emploient trois heures à faire un petit travail médiocre, qu'ils pourraient faire en une demi-heure et tout en feuilletant nonchalamment leur dictionnaire, ils se laissent aller à toutes leurs rêveries vagues, premières ébauches de leurs ruminations futures ; il leur faut des études courtes et un travail mental actif, rapide et objectif. Sans cesse on doit les pousser à la rapidité, à l'exactitude, à l'activité pratique.

Ce genre d'éducation, qui bien appliqué lutterait contre la tendance héréditaire aux névroses et aux obsessions, est bien difficilement appliqué par les parents eux-mêmes qui sont poussés par tous leurs sentiments à donner à leurs enfants une direction absolument inverse. Trop souvent l'enfant n'échappera à la prédisposition que s'il est élevé en dehors de sa famille.

2. — *Le traitement physique.*

Aucune de ces précautions n'a été prise, l'hygiène comme l'éducation ont été aussi absurdes que possible et la maladie s'est déclarée ou plutôt, de latente qu'elle était depuis des années, elle est devenue apparente pour l'entourage. Celui-ci attend en général le plus tard possible et refuse longtemps de croire à l'existence d'une maladie mentale. Ce n'est que poussé par la nécessité, quand le malade depuis plusieurs mois est incapable d'aucune occupation, ne dort plus et s'agite continuellement, c'est quand il rumine toute la journée, qu'il parle tout haut, qu'il dit sans

cesse ses formules de conjuration, qu'il est tourmenté par des phobies et des angoisses continuelles, que sa famille se décide à l'amener au médecin. Quelle doit être alors la conduite de celui-ci, quelles sont les médications ou les traitements physiques ou moraux qui peuvent avoir une certaine influence et préparer la terminaison de cette crise?

Il est important que le médecin fasse vite son diagnostic, car il doit prendre vis-à-vis de ces malades une attitude particulière et toute hésitation serait des plus fâcheuses. Toutes les descriptions précédentes permettent de reconnaître vite la maladie dont il s'agit, d'autant plus que ces malades présentent une remarquable uniformité et que l'on retrouvera vite les formes et même les expressions que l'on connaît comme caractéristiques.

Le malade arrive avec une disposition d'esprit toute particulière dont il faut se défier. Sans en être bien certain, car il doute de tout, il est disposé à croire qu'il n'est pas un malade ou du moins qu'il n'a pas une maladie ordinaire. Il sent bien que son état n'est pas naturel, mais il croit que c'est un état extraordinaire, unique au monde, que personne n'a jamais vu et que les médecins, en particulier, ignorent complètement. Comme il ne veut faire aucun effort, comme il sait qu'il n'a fait aucun effort pour se guérir, il aime à penser que cette maladie exceptionnelle est absolument incurable et qu'il n'y a rien à faire. Il le dit en entrant : « c'est sa famille qui l'a forcé à venir voir un médecin, mais il sait très bien que c'est inutile et que son état est tout à fait en dehors de la médecine. »

Si le médecin hésite sur son cas et semble surpris par la bizarrerie des symptômes que le malade d'ailleurs exagère à plaisir, le sujet se confirme dans son opinion et en profite pour se laisser aller encore davantage. Il faut que le médecin puisse montrer rapidement une grande assurance et lui donner l'impression que sa maladie est parfaitement connue, qu'elle est des plus banales, et que le traitement curatif est tout à fait stéréotypé.

Pour y parvenir le médecin doit deviner les symptômes au lieu de s'en étonner. Dès que le malade a un peu expliqué son état, on voit facilement dans quelle catégorie il se range, s'il a plus de ruminations ou plus de phobies, dans quel sens sont ses obsessions principales. Il suffit alors de lui énumérer les manies de précision, d'oscillation ou de réparation, de lui parler des serments, des pactes, des formules de conjuration, des angoisses physiques

ou morales, etc. Il est bien rare que l'on ne tombe pas juste sur des symptômes qu'il a présentés. Il faut alors les lui décrire avec une précision qui l'étonne ; puis on lui affirme que sa maladie est curable, ce qui est vrai au moins dans les deux tiers des cas, que dans tous les cas il n'est pas très difficile de lui procurer quelque soulagement. Comme le malade malgré son affirmation était loin d'être convaincu de son incurabilité, il se laisse assez facilement persuader et accepte un traitement au moins à titre d'essai.

1. — *L'alimentation et l'hygiène.*

Le premier soin doit être de réformer l'hygiène du malade qui est ordinairement déplorable. L'alimentation doit être examinée avec un grand soin ; un certain nombre de ces malades ne se nourrissent pas et d'autres ont une alimentation défectueuse. Les premiers sont nombreux, ce sont presque tous les sujets qui ont les obsessions de la honte du corps, ou qui ont des phobies relatives à l'alimentation ou à la déglutition. Les psychasthéniques ont besoin d'une nourriture assez forte et plusieurs se sont rapidement améliorés par une alimentation mieux dirigée. Il faut donc les convaincre de la nécessité de manger suffisamment : en dehors des cas d'obsession ayant un rapport direct avec l'alimentation on y parviendra facilement. D'autre part la digestion stomacale et intestinale de ces malades est presque toujours atteinte gravement et l'on constate presque toujours la dilatation stomacale par atonies, les entérites muco-membraneuses et la constipation. Bien souvent les aliments sont mal digérés, ils restent dans l'estomac, déterminent ou non suivant l'indifférence du sujet des douleurs, des brûlures, quelques heures après le repas. Ces aliments qui fermentent donnent naissance à des acides et à des ptomaïnes qui sont résorbés et qui impressionnent très fâcheusement un système nerveux aussi susceptible. Je crois qu'il faut surtout redouter à ce point de vue les aliments difficiles à digérer et qui fermentent facilement et qu'il est nécessaire de régler rigoureusement l'alimentation même chez ceux dont la dyspepsie est latente et qui ne se plaignent pas de leur estomac ; ceux-ci sont d'ailleurs la minorité.

M. Dejerine, partant du même point de vue impose aux neurasthéniques le régime lacté ; M. Nattier, a propos de rhinorrhée, qu'il rattache justement à la même maladie, exige le même

régime. Dans les cas très graves, quand la digestion est très compromise, quand l'intoxication d'origine alimentaire est évidente, quand le trouble est plus gastrique qu'intestinal je crois qu'il est bon de faire de même au moins pendant une ou deux semaines ; mais en général j'hésite à imposer un régime aussi sévère.

Le régime lacté intégral est débilitant, ce qui est ici très mauvais, car cela favorise les sentiments d'incomplétude, il n'est pas toujours très bien toléré par l'estomac des malades. « Le lait dit M. Lépine, ne convient pas aux estomacs dilatés, il ne stimule pas le système nerveux et ne donne pas la sensation de force. La vie, a dit un vieux maitre, ne se soutient que par les excitants. Si cette proposition est vraie, le lait ne suffirait pas à entretenir la vie[1]. » J'ajoute que le régime lacté est surtout contre-indiqué quand il y a un certain degré d'entérite.

Il suffit de se borner d'ordinaire à supprimer complètement le vin et l'alcool, les sauces, les graisses, les viandes faisandées, les conserves, à réduire assez fortement la proportion des viandes dans l'alimentation, à se rapprocher en un mot du régime végétarien. Le lait, les œufs, les farines de toute espèce et surtout les farines de céréales en abondance, les légumes verts, les fruits cuits avec un peu de viande grillée à un repas seulement me paraissent un régime suffisant et extrêmement utile dans les cas moyens. Dans les cas graves d'atonie gastrique, je me suis bien trouvé en laissant les malades au régime exclusif du lait, des œufs et des bouillies de farines comme des enfants en sevrage, mais il s'agit alors du traitement de la dyspepsie hyposthénique dont je n'ai pas à m'occuper spécialement ici. Ces régimes végétariens ou presques végétariens en réduisant les toxines qui impressionnent le système nerveux déterminent souvent chez les neurasthéniques et même chez les psychasthéniques des améliorations surprenantes. Les aliments doivent être pris en quantité suffisante, à des intervalles bien réglés et en général assez longs, car il est essentiel de laisser l'estomac se reposer ; il faut interdire à certains malades atteint de boulimie de manger dans l'intervalle des repas. Mais il sera bon pour certains estomacs atones et dilatés de faire boire très peu aux repas et de faire boire deux tasses de thé très léger plusieurs heures après le repas, de manière à ne pas diluer le suc gastrique pendant la digestion, mais à donner ce-

1. Lépine, *Semaine médicale*, 19 février 1902.

pendant au malade la quantité d'eau indispensable. Dans l'analyse des urines qu'a conseillée M. Joulie, il y a une indication très utile, c'est de surveiller la densité des urines du matin. La densité moyenne doit être de 1018, chez beaucoup de neurasthéniques elle est bien supérieure. Il faut alors, en augmentant la quantité des boissons prises en dehors des repas, si cela est nécessaires, la ramener à la normale. Ces conseils relatifs au régime alimentaire des neurasthéniques se retrouvent chez tous ceux qui ont étudié ces malades, ils semblent assez bien justifiés par l'expérience.

Les fonctions de l'intestin sont troublées comme celles de l'estomac et il faut se préoccuper d'un état de constipation très constant et très grave qu'ils présentent presque toujours. Les évacuations intestinales doivent être obtenues par tous les moyens possibles. On ne saurait trop insister sur les avantages des grands lavages intestinaux avec de l'eau légèrement salée 10 pour 1 000, poussés très profondément avec une grande sonde. Dans des cas sérieux je me suis servi avec avantage des grands lavements d'huile poussés avec la sonde, gardés le plus longtemps possible et suivis d'un lavement d'eau de têtes de camomille. Dans un cas que j'ai rapporté il a fallu pratiquer un véritable curettage de la cavité rectale.

Dans les cas moins sérieux il suffit d'user régulièrement des laxatifs connus en les variant de temps en temps à cause de l'accoutumance. Tous les dix ou quinze jours une petite purge plus active m'a semblé utile. Dans plusieurs cas j'ai employé avec succès le calomel ou les sels de Carlsbad qui sont avantageux quand les fonctions du foie sont engourdies. On est souvent surpris de l'amélioration remarquable que l'on constate même dans les fonctions mentales après une purge de ce genre.

Après l'alimentation il faut régler le sommeil et le repos. Les uns veulent dormir constamment et resteraient au lit toute la journée, d'autres s'agitent sans cesse, ne veulent pas se coucher et passent la nuit à marcher dans leur chambre. Ils sont tous des épuisés qui ont le plus grand besoin de repos. Le traitement de Weir-Mitchell, très pratiqué en Amérique, condamne tous les neurasthéniques à un repos absolu au lit, en ne leur donnant des mouvements que par des massages et des mobilisations passives des membres. M. Dejerine et M. Nattier, dans le travail que j'ai cité, réclament au moins 15 heures de repos au lit par jour. Il se peut

que ce traitement dont je n'ai pas beaucoup l'expérience, soit utile dans quelques cas de neurasthénie simple, j'avoue que je le redoute beaucoup chez les psychasthéniques qui ont des troubles mentaux. Plusieurs de ces derniers m'ont raconté qu'ils avaient subi auparavant et quelques-uns à plusieurs reprises, le traitement dit de Weir-Mitchell sans en retirer aucun avantage. Dans trois cas j'ai vu les malades, après avoi subi un traitement de ce genre, tomber dans l'inertie et dans la malpropreté. Ces malades ont déjà beaucoup de tendance à l'aboulie, à l'immobilité et à la rêverie. Il ne faudrait, à mon avis, les laisser au lit qu'avec une grande surveillance et en évitant l'inaction absolue.

Il me semble préférable, tout en laissant au malade beaucoup de repos, de régler la durée du séjour au lit d'une façon qui se rapproche de la normale, afin de ne pas déterminer des habitudes fâcheuses, plus tard difficiles à rompre. Ce qui est essentiel, c'est d'exiger le coucher et le lever à des heures fixes et de maintenir une grande régularité.

Il faut encore surveiller toute l'hygiène du malade, le retirer s'il y a lieu d'un milieu malsain, le faire vivre une partie de la journée au grand air, supprimer, s'il ne l'a pas déjà fait de lui-même, tout travail qui serait trop fatigant ou malsain.

Il faut traiter avec soin toute maladie locale ou générale qui coïnciderait avec l'état psychasthénique et qui l'entretiendrait. Les infections utérines, les suppurations locales jouent en partilier un grand rôle et doivent être autant que possible supprimées. Il ne faut cependant pas se laisser entraîner à faire jouer un trop grand rôle à des troubles locaux et rattacher toute la maladie à un déplacement utérin ou à une chute du rein. Il faut beaucoup se méfier des opérations que ces malades supportent très mal et qui sont souvent le point de départ de rechutes. De même des traitements excessifs et fatigants comme ceux de certaines villes d'eaux ont eu pour les malades que j'ai suivis des résultats déplorables. Il faut donc se borner aux traitements nécessaires et les plus simples.

2. — *La médication sédative.*

Le traitement médicamenteux n'a pas chez ces malades une grande importance, il me semble cependant exagéré de le supprimer tout à fait.

Je n'insiste pas sur les médicaments en rapport avec tel ou tel symptôme viscéral, en particulier je n'examine pas ici la médication de l'estomac, elle ne diffère pas chez les psychasthéniques de ce qu'elle est chez les autres dyspeptiques par atonie nerveuse.

Les médicaments plus spécialement en rapport avec la maladie répondent à deux indications : 1° calmer l'agitation excessive causée par les phénomènes de dérivation, 2° tonifier un organisme et un système nerveux déprimés.

Quelques malades arrivent dans un état de véritable surexcitation avec des mouvements incoordonnés et des troubles émotifs extrêmes qui rendraient bien difficile toute direction morale. Il me semble nécessaire d'abattre cette excitation, c'est pourquoi, contrairement à l'opinion de quelques auteurs, j'ai cru nécessaire de faire un assez grand usage du bromure. Le rapprochement que j'ai été conduit à faire entre ces états psychasthéniques et l'épilepsie est encore en faveur de ce traitement bromuré. Chez un grand nombre de malades les effets ont été excellents : Lise, On..., Cs..., Mw..., s'améliorent visiblement par l'usage du bromure à très fortes doses. A plus forte raison voit-on les bons effets de ce traitement chez Vil... et chez Fy..., chez Qes... qui ont en même temps que les obsessions de l'épilepsie manifeste. Quelques malades comme Mw et Cs... prennent même une manie du bromure et se figurent qu'elles ne peuvent plus s'en passer. Sans doute il y a là une manie du médicament fréquente chez ces sujets, mais il y a aussi un sentiment d'agitation et de malaise plus grand par sa suppression. Je m'en suis convaincu par quelques expériences sur Cs... : J'ai fait changer les doses dans sa potion à son insu, en cherchant à dissimuler le goût de manière qu'elle ne pût que difficilement s'en apercevoir. J'ai trouvé des différences très nettes dans son agitation hypocondriaque, et dans sa docilité, suivant qu'elle était à une dose de 6 ou de 2 grammes par jour. Je propose donc cette conduite au début du traitement, quand on se trouve en présence d'un malade très agité sur lequel on n'a encore que peu d'influence morale : le mettre d'emblée à une dose élevée de bromure, 4 à 5 grammes par jour comme un épileptique, s'il le faut augmenter la dose la semaine suivante, puis le plus tôt possible, dès qu'il y a un peu de calme et dès qu'on peut agir moralement sur lui, la diminuer et la supprimer.

Les autres sédatifs m'ont semblé jouer un rôle moins impor-

tant. Théoriquement, il est évident que l'usage des soporifiques est détestable ; pratiquement il est bien difficile de ne jamais y recourir. On ne peut guère nier que de petites doses de ces médicaments n'aient souvent rendu des services. Le trional, le sulfonal, le chloral, le bromidia ne sont que trop connus par les malades, il faut surtout en surveiller et en réduire l'emploi le plus possible.

Dans quelques cas assez rares j'ai eu recours à l'opium, quelques centigrammes d'extrait thébaïque me semblent tout indiqués pour les malades angoissés qui ont un grand état de souffrance ; malheureusement l'effet constipant de l'opium est à redouter chez des malades dont la constipation est déjà opiniâtre. Quant à la morphine elle demande une étude toute spéciale et me paraît jouer aussi bien un rôle d'excitant du système nerveux qu'un rôle de calmant.

3. — *La médication tonique.*

Il ne faut pas oublier que cette excitation apparente du sujet est toute secondaire et qu'elle est la manifestation d'un épuisement réel, d'une insuffisance du système nerveux central qui ne peut plus atteindre la tension normale. L'essentiel serait évidemment de relever la force du système nerveux, c'est le problème général des états neurasthéniques, il n'est dans ce cas plus facile à résoudre que dans les autres. Sans doute les précautions d'hygiène que j'ai mises au premier rang ont sur ce point une influence incontestable. Une alimentation convenable que le malade puisse digérer, la suppression des toxines que produisaient les alcools, les viandes fermentées insuffisamment digérées, etc., sont pour beaucoup dans le relèvement du système nerveux. Malheureusement ces précautions sont loin de suffire toujours, d'ailleurs la mauvaise digestion dépend elle-même de cette insuffisance du système nerveux et l'on tourne dans un cercle vicieux. Il faut donc recourir à tous les toniques nervins, à tous les reconstituants et dans notre ignorance il faut souvent les varier.

Les phosphates occupent une grande place parmi les toniques nervins. La vogue a été longtemps aux glycérophosphates, j'en ai fait prendre à tous ces malades des quantités énormes et, comme un très grand nombre sont guéris, on peut supposer que ce médicament a eu une influence favorable. Aujourd'hui la mode se

tourne davantage vers une autre forme la lécithine, qui m'a donné quelques résultats heureux, il est tout indiqué d'y recourir. L'arsenic sous la forme actuelle des cacodylates et des métharsinates m'a paru avoir une très bonne influence sur l'état physique et par là influencer favorablement l'état mental surtout quand les obsessions avaient pour point de départ un grand sentiment de faiblesse et de dépression.

Depuis un an, séduit par la lecture du travail de M. Joulie, j'avais fait analyser très souvent l'urine des obsédés au point de vue de l'acidité et j'avais constaté de nombreux cas d'hypoacidité, ainsi que je l'ai indiqué plus haut : dans ces cas j'ai voulu essayer le traitement de M. Joulie par l'acide phosphorique. La potion que j'employais était la suivante :

Acide phosphorique officinal.	10 grammes.
Phosphate de soude.	30 —
Eau distillée.	250 —

dont je donnais aux malades de deux à six cuillerées à café par jour.

Les dangers de cette médication essayée graduellement m'ont paru minimes. Dans un certain nombre de cas, les résultats ont été assez intéressants pour que je continue quelquefois à recourir à cette médication. Chez une malade en particulier, à deux reprises un eczéma de la face a été complètement guéri et il reprenait quand on cessait cette médication. L'état général s'est amélioré et l'état mental, aidé, il est vrai, par un traitement moral que je crois très important, s'est beaucoup amélioré [1].

Parmi les autres excitants de la nutrition nerveuse MM. Pitres et Régis citent l'ovarine dont ils ont vu les bons effets dans un cas. Dans une dizaine de cas, j'ai essayé la thyroïdine ou la poudre de corps thyroïde parce que certains symptômes me rappelaient le myxœdème fruste que l'on a beaucoup étudié récemment ; dans plusieurs de ces cas je n'ai pas constaté de modification appréciable, mais dans cinq cas et en particulier dans le cas de Ron..., les changements ont été remarquables. La santé physique s'est transformée, les troubles circulatoires qui rendaient les mains rouges et froides, le nez rouge, qui déterminaient une impression de froid général ont assez vite disparu,

1. Cf. A. Martinet, Indications et contre-indications de la médication phosphorique. *Presse médicale*, 8 janvier 1902, p. 30.

l'inquiétude et les obsessions se sont prolongées quelque temps encore et ont cédé après un traitement de quelques mois. Je n'ai pas revu ce malade et ne sais s'il a récidivé. Cette observation qui m'a frappé montre donc que dans certains cas, assez rares peut-être, des troubles analogues à ceux du myxœdème fruste peuvent jouer un rôle dans la psychasthénie. Il faudrait donc dans des cas semblables songer à la thyroïdine et dans d'autres peut-être voisins à l'ovarine.

Un traitement auquel j'ai eu très souvent recours ce sont les injections sous-cutanées d'une solution saline concentrée : la solution de Chéron. Ces injections qui relèvent la pression vasculaire et déterminent une excitation vitale de tout l'organisme ont eu souvent des effets fort utiles.

Je ne cite que pour mémoire les grandes injections du sérum de Hayem que j'ai faites chez Nadia à la dose de 500 grammes pendant la période de confusion mentale et de stercorhémie. Ces injections ont certainement contribué à sauver la malade et leur action est bien connue. J'ai eu souvent recours également aux injections de strychnine (de 1 à 5 centigrammes), qui ne m'ont pas paru avoir des effets plus nets que les solutions précédentes moins dangereuses.

Un très grave problème se pose à propos de ces traitements par toniques nervins, c'est celui des injections de morphine. On sait que M. A. Voisin avait fait de la morphine la base de sa thérapeutique des maladies mentales, il en avait obtenu quelquefois des résultats remarquables. Certains faits d'observation m'ont montré depuis longtemps que cette thérapeutique reposait sur des observations en partie exactes. J'ai vu des hystériques anesthésiques qui perdaient tous leurs stigmates après des injections de morphine ; je connais des obsédés qui ont recouru à la morphine et qui ont été guéris au moins momentanément. Ces phénomènes se comprennent : la morphine n'agit pas uniquement comme un anesthésique, de même que l'alcool elle détermine une excitation du système nerveux qui peut augmenter sa tension et supprimer momentanément les résultats de son insuffisance. Cependant j'ai longtemps reculé devant l'emploi de cette méthode à cause des dangers de la morphinomanie chez des malades si disposés à contracter un besoin pathologique et une impulsion. Je restais convaincu que chez la plupart des psychasthéniques, les dangers de ce médicament dépassaient ses avantages.

L'observation de certains faits me rend maintenant un peu plus hésitant. L'année dernière une malade que j'ai citée dans ce travail Mb... impulsions homicides et délire du doute à propos des perceptions des sens) m'a réclamé le traitement par la morphine, je le lui ai refusé et elle s'est adressée à d'autres personnes qui le lui ont appliqué. J'ai appris, malheureusement sans détails, qu'elle avait obtenu ainsi une amélioration remarquable.

Dans un cas particulièrement grave, je me suis décidé à recourir à quelques injections de morphine. Il s'agissait de Qsa..., cet homme de 55 ans, qui présentait les algies, les phobies de la digestion et qui arrivait souvent à des terribles crises des efforts de vomissement. Cet homme ne pouvait plus du tout se nourrir et il était bien difficile d'obtenir une amélioration de l'état mental avec une alimentation aussi insuffisante. Il est incontestable que quelques piqûres d'un centigramme de morphine m'ont permis d'arrêter bien plus facilement les efforts de vomissement et de nourrir le malade. Le poids a augmenté, j'ai pu diriger un peu l'esprit et modifier quelques habitudes pathologiques. Je n'ai pas eu à déplorer d'accidents de morphinomanie car j'ai pu supprimer la morphine sans difficulté.

Voici d'ailleurs une précaution que j'avais prise dans ce cas et que je crois devoir être souvent fort utile. J'ai toujours caché au malade quand je faisais usage de la morphine et à quelle dose. Des injections de sérum de Chéron que je lui faisais régulièrement permettaient de dissimuler facilement, quand il y avait lieu, la dose de morphine ; la suppression se fit également à son insu. M. Joffroy a déjà justement insisté sur cette facilité beaucoup plus grande de la démorphinisation quand on peut tromper complètement le malade et lui laisser ignorer la suppression de la morphine. Il y a donc des cas où la morphine par son action excitante et analgésiante peut rendre des services remarquables, mais il n'en reste pas moins vrai que son usage est particulièrement dangereux chez ce genre de malades, qu'il doit être très réservé, et qu'il demande beaucoup de prudence et de précaution.

4. — *Le traitement par les agents physiques.*

Dans le traitement des névroses on plaçait autrefois au premier rang l'hydrothérapie froide, il me semble qu'il y a aujour-

d'hui une réaction contre un engouement excessif. MM. Pitres et Régis craignent les douches froides qui surexcitent ces malades, ils préfèrent les douches tièdes, les bains, les affusions. Ils ont parfaitement raison s'il ne s'agit que de calmer une surexcitation trop grande. C'est en me plaçant au même point de vue que je réclamais l'usage du bromure. Dans beaucoup de cas l'hydrothérapie froide doit être supprimée surtout au début du traitement et remplacée par les douches tièdes ou les bains.

Cependant, si les malades sont déjà un peu calmés, s'il s'agit de personnes jeunes et vigoureuses, si le traitement a lieu en été dans de bonnes conditions, je ne crois pas qu'il faille renoncer aux effets toniques de la douche froide. Legrand du Saulle soutenait autrefois avoir vu des rémissions absolues après un traitement hydrothérapique; j'ai vu bien souvent à la Salpêtrière de jeunes malades terminer une crise et s'améliorer visiblement après ce traitement.

M. Marro, dans une étude sur « la prophylaxie des émotions qui amènent la dégénération », explique d'une manière intéressante les bons effets de l'hydrothérapie froide. « Par ces applications froides graduelles nous tentons d'éveiller le réflexe vaso-dilatateur cutané qui succède à la première constriction vaso-capillaire cutanée et qui contraste avec les réactions désordonnées vaso-paralytiques ou vaso-dilatatrices viscérales dans lesquelles se résoud l'action morbifique du froid lorsqu'il devance la force de résistance de l'organisme. L'éducation de ce réflexe nous donne un premier avantage sur les impressions peureuses dans lesquelles la contraction du système vasculaire périphérique est un des premiers phénomènes. L'hydrothérapie froide constitue une véritable hygiène contre les causes déprimantes soit physiques, soit morales[1]. »

Le rôle heureux de l'électrisation statique a été souvent signalé, les effets toniques des courants avec alternances très rapides sont encore à l'étude.

2. — *Le traitement moral.*

Malgré l'importance de la thérapeutique physique, il est incon-

1. A. Marro. *Congrès de psychologie de 1900. Comptes rendus*, 1901, p. 587.

testable que le traitement moral a plus d'influence qu'elle et que bien souvent il la rend inutile. Ce traitement peut être envisagé à plusieurs points de vue qui d'ailleurs ont entre eux des liens fort étroits.

1. — *La simplification de la vie.*

Si on se reporte à la théorie pathogénique de cette maladie des obsessions on voit que le fait fondamental est une insuffisance héréditaire ou acquise des fonctions supérieures d'adaptation du cerveau. Le cerveau ne peut plus suffire à la besogne qu'on lui demande, il en résulte qu'il y a un affaiblissement dans toutes les opérations mentales qui amène le doute et l'inquiétude. Au lieu de chercher à toujours relever la force du cerveau, ce qui dans bien des cas peut être impossible, ne serait-il pas toujours aussi simple de chercher quelquefois à réduire sa besogne ? Si on lui demande moins de travail peut-être l'accomplira-t-il plus complètement et parviendra-t-il au terme de sa fonction et peut-être avec le retour des fonctions du réel verra-t-on disparaître les phénomènes de dérivation et les obsessions? C'est ce qui a lieu souvent, comme on l'a vu, par le progrès de l'âge ; c'est la solution qui est instinctivement trouvée par les extatiques et par les scrupuleux eux-mêmes qui, à la fin de leur carrière, se retirent dans l'isolement le plus complet. Je crois qu'un phénomène analogue se passe dans l'hystérie où le champ de la conscience se rétrécit sans qu'il y ait insuffisance dans les parties conservées. Ne devrait-on pas suivre dans certains cas cette voie de traitement et favoriser la marche naturelle de la maladie?

Il est évident qu'il ne faut pas céder trop vite aux malades, qu'il ne faut pas leur permettre de ne plus sortir, de ne plus voir personne, mais on peut les satisfaire en réduisant les difficultés qu'ils ne peuvent pas résoudre. Il est certain que dans bien des cas la maladie commence parce que le sujet est placé dans une situation trop complexe pour lui. Dans une dizaine de nos observations le délire commence à l'occasion des fiançailles ou à l'occasion du mariage. Le malade nous raconte qu'il est pris d'un scrupule, qu'il ne peut s'habituer au visage de sa fiancée, qu'il n'a pas le courage de diriger un ménage et qu'il se demande s'il aime suffisamment, etc. En réalité ces scrupules qu'il invente sont l'expression d'un état d'oscillation, d'hésitation qui est dû à une volonté incapable de résoudre les problèmes posés par une situation nouvelle. Faut-il

dans ces cas conseiller à la famille de maintenir les fiançailles? Le problème est souvent extrêmement délicat. Sans doute quand la maladie n'est pas grave, quand l'insuffisance de la volonté n'a pas des racines profondes dans l'hérédité, on peut, en encourageant et en aidant le malade, lui faire franchir l'obstacle. Mais faut-il toujours pousser la malade à accomplir des actes compliqués dont il est forcément incapable? M. Savage remarquait déjà qu'en exigeant le mariage dans ces cas on s'expose à un double risque « celui de l'impuissance génitale et celui d'une violente antipathie contre laquelle plus tard rien ne pourra réagir... des mariages forcés de ce genre aboutissent à des séparations, à des délires lypémaniaques avec internement[1] ». Je ne vois guère quel intérêt nous pousserait à courir ces risques. Est-ce donc un si beau mariage que celui d'un psychopathe qui va procréer une race de dégénérés? La situation matrimoniale avec toutes ses difficultés, l'éducation d'enfants probablement malades sont-elles faites pour le guérir? Il est déjà insuffisant pour sa vie de célibataire, est-il raisonnable de lui en imposer une plus compliquée? Dans des cas semblables il est souvent indispensable de faire rompre le mariage de la manière la plus complète, la plus décisive possible. J'ai eu plusieurs fois à prendre une décision de ce genre et je ne m'en suis pas repenti. Le malade, malgré sa déception, s'en trouve fort bien et il guérit de cette crise de rumination, tandis qu'il aurait déliré si on l'avait maintenu dans une situation trop complexe pour lui.

Il y a de même bien des situations morales compliquées que l'on peut aisément simplifier dans l'intérêt du malade. Bien souvent la vie de famille dans laquelle il se trouve placé est mauvaise pour lui; le père ou la mère sont déjà des psychasthéniques avec leurs obsessions, leurs manies, leur caractère extrêmement autoritaire. Tout cela crée un milieu pénible où il faut lutter sans cesse, avoir de l'habileté pour éviter les scènes et les délires. Notre malade même faible pourra être suffisant ailleurs tandis qu'il s'énerve et succombe ici. Très souvent la première ordonnance du médecin doit être que la fille ne peut pas vivre avec la mère.

Il y a de même des professions qui font naître des difficultés morales particulières, tel individu n'est pas capable de supporter la profession juridique ou la profession médicale ou la direction

1. G. Savage, Troubles d'esprit à propos des fiançailles. *Journal of mental Science*, octobre 1888. *Encéphale*, 1888.

d'une entreprise et il guérira dans une situation plus simple. Ll... était un petit employé modèle, un hasard malheureux le fait monter dans une situation plus élevée et le force à diriger la caisse de la maison ; il s'effraie de sa responsabilité, n'arrive plus à prendre une décision et commence une grande crise d'obsession scrupuleuse. Après l'avoir traité quelque temps et après avoir réussi à le calmer, j'ai exigé qu'il reprît sa place en sous-ordre : il s'y comporte de nouveau parfaitement. Dans plusieurs observations (Tog..., Rai..., etc.), je constate que tous les troubles disparaissent pendant les années où le malade fait son service militaire : ils ont trouvé à la caserne la simplicité de la vie, la discipline, l'absence d'initiative qui leur convenaient. En un mot, l'étude des cas d'aboulie nous a montré l'importance de la hiérarchie dans la vie humaine et les souffrances qui résultent de ce qu'un homme n'est pas à sa vraie place. Bien souvent on peut soulager le malade en mettant de l'ordre dans sa vie, en réglant minutieusement l'emploi de son temps. Quand l'insuffisance psychologique n'est pas trop considérable on pourra souvent, je crois, conserver l'équilibre mental en simplifiant de cette manière une situation qui était au-dessus des forces du malade.

A cette question se rattache la question de l'isolement des obsédés. Westphal disait déjà que l'internement dans les asiles est mauvais pour ces malades, cela est juste, car ils ont conservé leur conscience, se rendent compte de l'état délirant de leurs compagnons et perdent eux-mêmes toute énergie dans un tel milieu. La plupart des auteurs contemporains hésitent également à enfermer les obsédés : il est incontestable que le plus souvent l'internement véritable peut et doit être évité. Cependant il est quelquefois nécessaire de les retirer de leur milieu, il faut leur créer un milieu artificiel plus simple que les milieux naturels et il faut souvent recourir pendant quelque temps sinon à un internement complet, au moins à un isolement relatif.

2. — *Le traitement par la suggestion.*

Ne peut-on pas dépasser ce traitement palliatif qui obéit en quelque sorte à la maladie au lieu de lutter contre elle ? Un traitement mental qui se présente immédiatement à l'esprit, c'est le traitement par la suggestion hypnotique : il semble que la suggestion, qui agit en imposant des idées ou en les supprimant,

doit avoir un rôle remarquable dans une maladie où les idées prédominantes semblent au premier abord l'essentiel.

Aussi dès le début des études sur la thérapeutique suggestive a-t-on essayé cette méthode chez les obsédés et a-t-on soutenu qu'elle était la plus logique et la plus heureuse. Je ne puis que rappeler quelques-unes de ces opinions : M. Ladame conclut son excellent article historique sur les obsessions en indiquant la suggestion hypnotique comme le principal mode de traitement, dans une autre étude il montre qu'il a appliqué heureusement ce traitement aux buveurs et aux dipsomanes[1]. M. Tissié cite « un cas d'obsession intellectuelle et émotive guéri par la suggestion[2]. M. Bérillon a communiqué en 1893 à la société de médecine et de chirurgie pratiques « un cas d'agoraphobie chez un dégénéré traité avec succès par la suggestion ». M. Mavroukakis communique un fait semblable à la société d'hypnologie. M. Gorodiche décrit un cas de claustrophobie chez une femme de 38 ans guéri par la suggestion[3]. M. Milne Bramwell cite quelques cas de phobies guéris par l'hypnotisme[4]. La conclusion de la thèse de L. Faure sur les obsessions est que la « psychothérapie hypnotique est le seul mode de traitement applicable avec lequel on puisse obtenir des résultats sérieux et durables[5] ». Le dernier travail de Bechterew répète encore à propos des obsessions et des illusions importunes que la suggestion est le seul traitement efficace[6]. On pourrait trouver dans la littérature beaucoup d'autres déclarations du même genre.

Cette opinion soulève cependant une assez grave difficulté, qui est fort bien indiquée par MM. Pitres et Régis, c'est que les obsédés véritables, les tiqueurs, les douteurs, les phobiques, ne sont pas hypnotisables. « Depuis de longues années, disent ces auteurs, nous avons fait à cet égard de nombreux essais, et nous pouvons dire qu'en dehors des cas d'obsessions se rattachant à un

1. Ladame, *Revue de l'hypnotisme*, 1890, II, 385, et *Ibid.*, 1888, p. 129.
2. Tissié, *Semaine médicale*, 1899, p. 297.
3. Gorodiche, *Revue de l'hypnotisme*, 1894, p. 53.
4. Milne Bramwell, *Revue de l'hypnotisme*, 1897, p. 49.
5. L. Faure, *Thèse de Paris*, 1898.
6. Bechterew, Des obsessions et des illusions importunes. *Obozrênié Psychiatryi*, février 1899. Cf. J. Donath, de Buda-Pest. *Archiv. f. Psychiatrie*, 1896. A. Voisin. Emploi de la suggestion hypnotique dans certaines formes d'aliénation mentale. *Congrès de psychologie de Munich*, 1896. Stadelman (de Wurzburg). *Société d'hypnologie*, 20 mars 1900, etc.

degré quelconque à un état hystérique, nous n'avons jamais réussi à suggestionner les obsédés, même en ayant recours à des procédés adjuvants, tels que la chloroformisation[1]. » M. Régis avait déjà écrit ailleurs : « de l'aveu général aujourd'hui, les aliénés hystériques sont les seuls hypnotisables et cela parce que, en même temps qu'aliénés ce sont des hystériques[2]. » Je ne puis qu'approuver complètement cette proposition, comme je l'ai indiqué ailleurs. Au point de vue théorique d'abord, l'état hypnotique qui avec l'anesthésie, l'amnésie, le dédoublement de la personnalité, le rétrécissement du champ de la conscience, les actes subsconcients, etc., résume tous les symptômes de l'hystérie est en opposition complète avec les symptômes des psychasthéniques qui ne vont au terme d'aucun phénomène et n'ont ni anesthésie, ni amnésie, ni dédoublement véritables ; j'ai fait à plusieurs reprises cette démonstration dans mon premier travail sur l'automatisme psychologique et dans mes études sur l'état mental des hystériques. Ensuite, au point de vue pratique, sans idée préconçue et avec un sincère désir de trouver par cette méthode un procédé thérapeutique, j'ai essayé sur presque tous les malades cités dans cet ouvrage et sur quelques-uns pendant des années consécutives d'obtenir le sommeil hypnotique et la suggestion comme chez les hystériques. On a vu les résultats extrêmement médiocres auxquels je suis parvenu et je puis dire comme conclusion de longues recherches que les obsédés, non hystériques, ne sont ni hypnotisables ni suggestibles.

Comment comprendre, s'il en est ainsi, les heureux résultats du traitement hypnotique si souvent annoncés? Sans doute il doit y avoir quelques malentendus sur le diagnostic : des tics, des impulsions, des obsessions traitées avec succès par l'hypnotisme doivent se rattacher à l'hystérie. Dans d'autres études, il y a des malentendus sur le sens du mot hypnotisme : les auteurs remarquent eux-mêmes que le sommeil a été léger, la suggestion difficile et fragile ; en un mot, nous nous retrouvons en présence de cette confusion qui était très grave au début des recherches sur l'hypnotisme et qui consiste à appliquer le mot hypnotisme et le mot suggestion à n'importe quel phénomène psychologique.

Quoi qu'il en soit de ces malentendus, il n'en est pas moins

1. Pitres et Régis, *op. cit.*, p. 101.
2. Régis, *Revue de l'hypnotisme*, 1896, p. 327.

vrai que beaucoup d'obsédés ont été sérieusement améliorés par des pratiques analogues à celles de l'hypnotisme. J'ai observé le fait plusieurs fois d'une manière tout à fait convaincante. Claire après ces essais d'hypnose reste plusieurs heures « la tête vide de mauvaises pensées » ce qui est très remarquable pour elle. Xyb..., Bhu... (54), se trouvent mieux pendant quelque temps. Lkb..., U... Jean restent dans un état de calme qui dure plusieurs jours. On observe le même fait chez Pn... Bs... On... et chez plusieurs autres. Cette influence se prolonge chez Dob... pendant une dizaine de jours et cette malade qui depuis une vingtaine d'années est incapable de faire quelques pas seule en dehors de son appartement fait seule des excursions de plusieurs kilomètres quand elle a été suggestionnée. La crise d'obsessions sacrilèges de We..., a été complètement arrêtée par des séances de ce prétendu hypnotisme : les croix qu'elle croyait voir et qu'elle cherchait à voir dans le ciel s'effaçaient quand elle pensait à ce que je lui avais dit et elles ont fini par disparaître. La honte du corps chez Wye... a été supprimée depuis plus d'un an. A la suite d'un traitement par les essais de sommeil hypnotique, les scrupules urinaires de Vor... ont complètement disparu et n'ont pas recommencé depuis deux ans. Zo... est débarrassée de sa phobie des épingles et ce sont certainement des séances d'hypnotisme qui ont permis d'avoir quelque action sur l'esprit de cette jeune fille. Gisèle conserve certainement son aboulie, ses dispositions, aux rêveries idéales, quoiqu'elle ait fait de grands progrès comme activité réelle, mais elle a perdu sous l'influence de cette suggestion « son idée principale », c'est-à-dire ses remords de vocation et elle peut de nouveau vivre avec son mari et son enfant. Le cas le plus intéressant est celui de Lise, car cette malade a été hypnotisée régulièrement depuis cinq ans. J'ai montré ailleurs qu'elle n'est jamais arrivée à un état hypnotique complet avec amnésie. Mais cette hypnose incomplète suffit pour produire un grand effet sur ses interminables ruminations. Il y a pendant ce sommeil une sorte de lutte de la malade contre ses idées : au début elle ne tolérait pas que je lui en parle, elle s'écartait de moi avec horreur si je faisais la moindre allusion au diable, elle faisait des gestes de résistance désespérée. Puis elle se calma, consentit à écouter pendant cet état la contradiction et sembla mieux comprendre. Sous cette influence les idées diminuèrent, « elles restaient vagues, plus loin de son esprit, comme

séparées les unes des autres ; les idées ne se développaient pas car elle les sentait comme arrêtées ». Cette amélioration était visiblement en rapport avec la séance hypnotique, car si elle avait fortement résisté pendant la séance et m'avait mal écouté, les obsessions recommençaient la semaine suivante, si au contraire elle s'était montrée docile il y avait une semaine de répit que je pouvais prévoir. Dans tous ces cas, comme dans les observations que j'ai rapportées d'après divers auteurs, l'hypnotisme et la suggestion ont semblé avoir un effet thérapeutique des plus intéressants.

Comme nous avons vu que l'hypnotisme ni la suggestion n'ont pas été complets ni réels, il a dû se passer pendant ces séances quelques opérations psychologiques différentes de la suggestion proprement dite et de l'automatisme hystérique qui ont amené ces heureux résultats. Ce sont ces opérations qu'il faut comprendre pour arriver à les reproduire si cela est possible d'une manière plus directe.

3. — *La direction morale, la réponse à la question.*

Une indication importante au point de vue de la thérapeutique morale découle en effet de l'observation même des malades ; on ne saurait trop répéter que la thérapeutique doit suivre en effet dans ces cas les indications fournies par la guérison naturelle. Les malades se guérissent ou du moins se calment souvent en se soumettant à quelqu'un, en acceptant ou mieux en cherchant une direction morale. J'ai déjà décrit un grand nombre d'exemples où le scrupuleux a trouvé un ami ou une maîtresse dont il est devenu inséparable et auquel il obéit aveuglément. Le point sur lequel il faut insister maintenant c'est que cette direction qu'il paye très souvent du sacrifice de sa liberté et de sa personne est très loin d'être inutile pour lui. Sous cette influence il cesse d'avoir des hésitations, des interrogations indéfinies, car il trouve auprès de son directeur la réponse suffisante. Son inquiétude se calme et les obsessions qui en dérivaient s'effacent. Sim...., Tkm.... trouvent ainsi la guérison momentanée auprès d'un amant, Bs..., auprès d'une maîtresse, Er.... auprès de son mari, Lod... Ck... auprès d'une amie, etc.

Si cette direction existait pour tous les malades et si elle pouvait durer indéfiniment ils ne feraient jamais appel au médecin.

Malheureusement elle se termine, il arrive des circonstances qui séparent Fy... ou Tkm... de leurs amants, Bs... de sa maîtresse. On se souvient de l'aventure arrivée à Ck... : une domestique renvoyée a fait courir dans la petite ville un bruit injurieux sur les relations de ces deux vieilles filles trop inséparables, et il a fallu se séparer. D'autre part le dirigé s'inquiète de cette direction qu'il a rendue de plus en plus étroite, il se fait des scrupules sur les sentiments qui en ont été la conséquence et il se figure qu'il peut échapper à la tutelle. Enfin c'est le directeur qui se fatigue du métier qu'il a accepté au début sans le connaître : la fatigue survient d'autant plus vite qu'il vit plus près du malade et qu'il est incessamment soumis, comme disait M. J. Falret, au supplice de la question. En un mot, la crise existe soit parce que le malade n'a pas trouvé de directeur, soit parce qu'il l'a perdu.

Il faut alors, pour suivre cette méthode naturelle de guérison, offrir au psychasthénique une direction en quelque sorte professionnelle et transformer en un métier accepté en connaissance de cause la direction donnée d'abord au hasard par des amateurs si on peut ainsi dire. Cette profession singulière a d'abord et tout naturellement été exercée par les prêtres des différentes religions. Les prêtres ont connu la maladie du scrupule bien avant les médecins et la confession régulière semble avoir été inventée par un aliéniste de génie qui voulait traiter des obsédés. Grâce à l'obligeance de M. Piéron qui a bien voulu faire cette recherche pour moi, j'ai recueilli un grand nombre de passages des lettres de Bossuet et de Fénelon qui se rapportent directement à notre étude et qui montrent avec quelle fermeté ils dirigeaient leurs malades. « Je vous assure, ma fille, écrit Bossuet à Mme Albert de Luynes, que votre confession est très bonne et très suffisante, une autre plus générale serait inutile et dangereuse à votre état. Vous ne devez pas avoir égard à ces dispositions où vous croyez avoir rétracté toutes vos résolutions précédentes. Toutes les fois que cela vous arrivera, il n'y a qu'à rejeter cette pensée comme une tentation et d'aller toujours votre train. Je vous défends d'avoir de l'inquiétude de vos confessions passées, ni à la vie, ni à la mort, ni de les recommencer en tout ou en partie, à qui que ce soit, fussiez-vous à l'agonie. Ce ne serait qu'un embarras d'esprit qui ne ferait qu'apporter du trouble et de l'obstacle à des actes plus importants et plus essentiels qui sont l'abandon, l'amour de Dieu

et la confiance en sa miséricorde. Hors de cette confiance, il n'y a que trouble pour les consciences timorées et surtout pour les consciences scrupuleuses comme la vôtre[1]. »

Les lettres de Fénelon sont remplies également de conseils « contre le scrupule enraciné dans votre cœur depuis votre enfance et poussé jusqu'aux derniers excès depuis tant d'années[2]... « Vous devez tourner votre délicatesse scrupuleuse contre vos scrupules mêmes, est-il permis sous prétexte de rechercher les plus légères fautes de se troubler ainsi[3]... Les consciences scrupuleuses ont besoin d'être poussées au delà de leurs bornes comme les chevaux rétifs et ombrageux. Plus vous hésiterez dans vos scrupules, plus vous les nourrirez secrètement ; il faut les gouverner pour les guérir, plus vous les vaincrez, plus vous serez en paix[4]... Je crois que vous pouvez vous confesser un de ces jours-ci, mais à la condition que vous bornerez votre confession à dire les fautes qui se font remarquer sans peine et qu'après les avoir dites simplement selon la lumière que vous en aurez alors vous n'y penserez plus[5]... Le raisonnement subtil pour vous tourmenter vous-même est pour vous comme le fruit défendu. Le scrupule ferme à Dieu la porte de votre cœur[6]... »

Il est bien probable que nombre de prêtres remplissent encore cette fonction et je dois dire que quelques ecclésiastiques auxquels j'avais envoyé des malades avec quelques recommandations ont parfaitement compris le rôle que je leur demandais de jouer. Mais il est vrai aussi que bien des prêtres montrent dans leurs rapports avec ces malades une ignorance et une indélicatesse invraisemblables et sont assez sots pour raconter des niaiseries sur le diable à de pauvres esprits tourmentés par des obsessions sacrilèges. C'est un caractère de notre temps que cette œuvre de direction morale revienne quelquefois au médecin qui est mainte-

1. *Œuvres complètes de Bossuet*, en 12 vol. in-8, édit. Garnier, t. VIII, p. 422. Toute la correspondance de Bossuet avec cette pénitente roule sur la même question, c'est-à-dire sur les inquiétudes et les scrupules ; les lettres répètent sans cesse les mêmes formules, comme il convient avec ces malades, cf. p. 349, 378, 422, 427, 428, 462, 466, 549, 561, 570, 572, 573, etc.

2. Fénelon, *Œuvres*, éd. in-4, 1844. T. IV, *Lettres spirituelles*, p. 327.

3. *Ibid.*, p. 492.

4. Fénelon, *Œuvres*, p. 258.

5. *Ibid.*, p. 262.

6. *Ibid.*, p. 502. On trouvera beaucoup de passages du même genre dans les *Œuvres de Fénelon*, p. 327, 328, 335, 338, 348, 356, 357, 358, 366, 379, 393, etc.

nant souvent chargé de ce rôle de direction morale quand le malade ne trouve pas assez de soutien autour de lui.

Le médecin peut assez facilement réussir dans ce rôle : il a auprès du malade une grande autorité, il peut le menacer, lui parler des conséquences connues de sa maladie, de l'isolement qui la termine ou de l'internement que le sujet redoute, il peut lui faire espérer un traitement, et l'ordonnance médicale a encore du prestige. Enfin le médecin ne vit pas d'ordinaire auprès du malade et ne peut pas être harcelé de questions continuellement, aussi son autorité et son influence se conservent-elles plus longtemps.

Pour diriger ainsi ces personnes, le médecin doit d'abord leur faire sentir qu'il s'intéresse à elles et qu'il les connaît. Il faut les faire parler sur les détails curieux de leur maladie, analyser ces détails devant eux en devinant ce qu'ils n'ont pas dit, leur montrer doucement que leur interprétation, qui constitue leur obsession, n'est pas juste, etc. Puis quand on voit qu'ils sont intéressés, qu'ils sont heureux de trouver une personne capable de les comprendre et de les plaindre sans se moquer d'eux, il faut leur commander avec beaucoup de netteté et sans l'ombre d'une hésitation et il ne faut jamais revenir sur un commandement, fût-il absurde. J'ai vu un médecin, avec d'excellentes intentions, provoquer une grande crise chez Jean parce qu'il hésitait entre deux villes d'eaux où il voulait l'envoyer et qu'il avait fini par laisser le choix au malade.

« Dans la thérapeutique de beaucoup d'états psychopathiques, disait déjà Legrand du Saulle, l'absolutisme autoritaire est une nécessité que le succès couronne fréquemment et qui ne peut nuire à personne[1]. Le malade se prête d'ailleurs très bien à cette direction autoritaire, il désire être dominé et cherche lui-même à grandir l'influence que l'on prend sur lui, « je cherche toujours, me disait Gisèle à auréoler un peu celui qui me parle pour le mieux écouter ». Dans ces conditions, il n'est pas très difficile de réussir au moins pendant quelque temps à devenir le directeur de l'esprit du sujet. Ce n'est pas la guérison sans doute, c'est plutôt l'utilisation d'un symptôme. Mais c'est un procédé palliatif qui est souvent fort remarquable.

1. Legrand du Saulle, *Agoraphobie*, p. 73.

Pour réussir à calmer les malades par ces commandements et ces affirmations qu'on leur impose, il y a une certaine difficulté qu'il faut savoir surmonter et en même temps un procédé qu'il faut bien connaître. N'oublions pas que le psychasthénique a perdu la volonté agissante et la croyance mais qu'il est loin d'avoir perdu l'intelligence proprement dite. Quand il vient nous dire que dans telle circonstance donnée il ne sait que faire, ni que croire, il ne faut pas le prendre complètement au mot. En réalité, comme il est intelligent, il sait fort bien quelle est l'action qui serait préférable, quelle est la croyance qui serait la plus juste. Il a presque toujours cette préférence intellectuelle; mais ce qu'il ne peut pas faire c'est réaliser cette préférence, « croire sa croyance ou agir son acte » comme me disait très bien Qsa... Il en résulte qu'il ne faut pas faire à ces malades un commandement quelconque ou leur imposer une affirmation quelconque. Si notre commandement tombe en opposition avec le désir secret du malade, cette contradiction ajoute à ses troubles au lieu de les dissiper. Sans doute on peut souvent l'imposer tout de même à force d'autorité et je crois même qu'il ne faut pas dans ce cas revenir en arrière. On perd son autorité quand on modifie ainsi les commandements et on donne au malade l'exemple pernicieux de l'oscillation. Mais il est évident qu'il vaut mieux éviter cette contradiction quand elle n'est pas nécessaire. « Je ne veux pas, disent les malades, être traité comme un enfant à qui on impose une idée; je ne tiens pas du tout à ce qu'on me contredise, je veux qu'on m'aide à agir mon acte, qu'on me pousse dans le sens où je veux aller ». Cela est très juste et à moins de nécessité, le médecin doit ordonner au malade l'acte ou la croyance que celui-ci avait déjà conçu intellectuellement comme préférable.

Cette recommandation paraît fort simple en théorie, elle est cependant d'une application très difficile, car le malade se garde bien de nous indiquer quel est l'acte ou la croyance qu'il préfère. Indiquer cet acte au médecin pour que celui-ci commande de le faire, ce serait déjà choisir cet acte effectivement, ce serait déjà en quelque manière « agir cet acte » et notre psychasthénique est presque toujours incapable de pousser jusque-là la fonction du réel. Ainsi arrive-t-il chez son directeur non seulement en montrant l'indécision de sa volonté, mais en simulant une indécision intellectuelle qui n'est pas dans son esprit. Plus il aura caché son véritable désir, plus il sera heureux de le voir confirmé, plus il

sera entraîné à agir et à croire par une affirmation qu'il croira spontanée. Il en résulte que non seulement, le médecin, avant de commander, doit rechercher ce qui est juste dans le cas donné, mais qu'il doit encore deviner ce que pense son malade et décider en conséquence. Sauf dans des cas particuliers où le sujet très malade n'a aucune idée relative à l'action, le directeur doit se borner à préciser l'idée de l'acte, à en déduire les moyens d'exécution, à en diriger la réalisation. Il doit faire en un mot ce que le malade ne peut pas faire, effectuer le passage de l'intelligible au réel. C'est alors surtout que son autorité sera acceptée avec reconnaissance et qu'elle rendra le calme au malade en supprimant les dérivations.

Sans doute, dira-t-on, ce procédé ne peut pas réussir toujours, et l'influence d'un médecin doit finir par s'user. Cette remarque est très juste, mais qu'importe ? J'ai déjà vu une influence de ce genre se conserver pendant des années, pendant cinq, six et neuf ans dans certains cas et si l'on procure le calme au malade pendant tout ce temps, ce n'est pas insignifiant. Quand l'influence sera usée, le malade trouvera un autre directeur de conscience et arrivera ainsi à traverser les périodes dangereuses de sa vie. Il est vrai que cette direction force le malade à revenir régulièrement à l'hôpital : une infirmité permanente exige un traitement permanent. Nous ne sommes pas surpris de voir des malades qui ont besoin d'être sondés ou d'être pansés tous les jours pendant des années ; il en est de même pour l'esprit et il vaut mieux se faire gronder et commander tous les quinze jours que de perdre la raison[1].

4. — *Le relèvement de la tension psychologique, la rééducation de l'émotion.*

Les obsessions des psychasthéniques ne sont pas comme les idées fixes des hystériques des systèmes isolés qui se développent automatiquement en dehors du reste de la conscience, ce sont des symboles, des expressions résumées auxquelles le malade s'attache d'une manière permanente parce qu'elles expriment un état

1. J'ai déjà décrit les caractères et les conséquences de cette direction permanente dans un travail précédent : *Névroses et Idées fixes*, I, chapitre XII, le besoin de direction, p. 423.

permanent. Il en résulte que le traitement ne peut pas se borner à attaquer l'idée elle-même qui a au fond peu d'importance et que le sujet remplacera facilement par un autre analogue, c'est l'état sous-jacent qu'il faudrait pouvoir modifier. Si on y parvenait, le sujet n'ayant plus rien à exprimer renoncerait de lui-même à son obsession; le traitement précédent ne se bornait pas à nier l'obsession, il donnait au malade sur tous les points une décision et une croyance, ce qui supprimait en partie l'incomplétude et la dérivation. Le succès n'était que partiel parce que le malade sentait bien que la décision ne venait pas entièrement de lui-même et qu'en définitive il n'apprenait pas à parvenir lui-même à cette décision.

Pour aller plus loin dans le traitement, pour attaquer le mal à la racine il faudrait apprendre au malade à retrouver cette fonction du réel qu'il a perdue. Le véritable traitement serait une *rééducation de la fonction du réel*. Or, la perte de cette fonction est en rapport avec un abaissement de la tension psychologique, ce qu'il faudrait donc en définitive ce serait relever la tension du système nerveux central et par conséquent la tension psychologique. Nous ne savons pas encore relever directement cette tension; mais, en étudiant les oscillations du niveau mental, nous avons vu un certain nombre de conditions qui agissent sur elle d'une manière favorable. Le traitement doit s'efforcer de tirer parti de cette observation et de chercher à reproduire artificiellement ces conditions excitantes.

Une des plus intéressantes de ces conditions est l'émotion, non l'émotion vague et élémentaire qui à son dernier terme constitue l'angoisse de la phobie, mais l'émotion plus précise en rapport avec les circonstances et bien appréciée consciemment par le sujet. Parvenir à déterminer des émotions de ce genre chez les psychasthéniques, c'est un des plus remarquables moyens de traitement. Déjà la première visite chez le médecin, l'examen fait d'une manière qui étonne le sujet en lui montrant que sa maladie est bien connue, la démonstration qu'on lui a faite que son état est une maladie et non un état diabolique ou un remords moral et que cette maladie est en général curable, tout cela a déterminé une émotion heureuse et a fait remonter le niveau mental. C'est pourquoi presque toujours le malade est amélioré pendant les jours qui suivent la première visite chez un médecin nouveau.

Dans les succès obtenus par les séances d'hypnotisme, il est

bien probable qu'une grande part doit être attribuée à la même cause, l'émotion. Le sujet désire l'hypnotisme et il en a peur : il se figure qu'il va se passer des choses extravagantes. Il lui faut du temps et des préparatifs pour qu'il se décide à affronter une opération aussi grave. Si le médecin par ses commandements et par ses encouragements est arrivé à le décider, c'est comme s'il l'avait amené à faire une action très difficile et le sujet a en plus l'émotion de la difficulté vaincue. Il est content de lui pour s'être décidé à commencer un traitement aussi sérieux, de là une oscillation en hauteur qu'il est inutile de rattacher à la suggestion hypnotique et qui s'explique très facilement par l'effet excitant de l'émotion.

Puisque nous connaissons ce mécanisme, il faut en tirer le maximum d'effet. Quand nous voulons hypnotiser une hystérique, nous prenons toutes les précautions possibles pour lui présenter l'hypnose comme très insignifiante, car nous ne désirons pas l'effet émotif et nous redoutons une crise convulsive. Avec le psychasthénique il ne faut pas trop prendre ces précautions ; le malade ne verra que trop tôt combien l'hypnotisme est chez lui insignifiant, il faut au contraire lui montrer ce traitement comme important et préparer son émotion.

Quand on connaît cette valeur de l'émotion, il faut chercher à la produire de toutes manières même en dehors de ces séances d'hypnotisme. Malheureusement il n'y a guère pour cela de procédés techniques à indiquer et le succès dépend beaucoup de l'habileté individuelle. Il faut deviner le point qui est encore resté sensible chez le malade et agir sur ce point pour déterminer des émotions réelles. Chez les uns il faut se servir de l'affection, de la sympathie, chez les autres de la honte ou de la crainte. Lise a caché sa maladie à une partie de sa famille, on obtient beaucoup en lui faisant entrevoir que sa maladie mentale va être connue de tous, en lui faisant peur de l'asile de fous : « c'est désolant, disait-elle, quand elle se sent transformée par ces menaces, je n'agis que par la peur ». Claire est sensible à l'affection, il faut la traiter avec douceur, lui montrer qu'elle n'est pas aussi isolée quelle le croit ; si l'on parvient à la faire pleurer elle est guérie au moins pour quinze jours. Érasme Darwin réclamait pour les malades tourmentés par une obsession amoureuse « l'émotion du saut de Leucade [1] » ; ce serait peut-être un peu excessif,

1. Érasme Darwin, *Zoonomie*, IV, p. 92.

mais il faut leur recommander tout ce qui les excite et détermine chez eux une émotion.

On peut s'étonner que le médecin réussisse par son attitude, par sa parole, à déterminer des émotions intenses, tandis que les événements réels qui devraient avoir bien plus d'influence sur le malade le laissent indifférent. On peut demander surtout comment cette émotion déterminée artificiellement peut être utile au malade tandis qu'il souffre d'ordinaire d'une émotivité excessive qui rend les autres émotions dangereuses. C'est la différence de l'art et de la réalité, l'art est capable de déterminer des émotions plus fortes que la réalité elle-même et surtout des émotions mieux adaptées et plus élevées. Voici une observation qui m'a beaucoup frappé et qui me paraît fort instructive. Af..., jeune homme de 28 ans, déjà neurasthénique et engourdi, indifférent à tout si ce n'est à ses préoccupations hypocondriaques, s'est trouvé mêlé à une triste aventure. Il est entré le premier dans la chambre d'un voisin qui, à la suite d'un délire, venait de se pendre. Af... connaissait le désir de suicide de ce voisin et sa triste situation, il s'attendait à ce suicide commes les autres personnes de la maison, aussi resta-t-il très indifférent. Il coupa la corde, étendit la cadavre sur le plancher et sortit très calme, sans aucune émotion. Toute la journée suivante, il continua à gémir sur son propre sort et sur ses maladies imaginaires sans se préoccuper une seule fois du triste spectacle qu'il avait vu le matin. Le lendemain, il lut dans le *Petit Journal* le récit de ce suicide : le journaliste avait décrit la chambre en désordre, la corde fatale, la figure convulsée du malheureux et son récit était très dramatique. Af... fut stupéfait en lisant cet article : « Comment c'était là la scène à laquelle il avait assisté la veille le premier de tous, il ne se doutait pas que ce fût si affreux. » Cette lecture l'impressionna d'une manière très vive, lui enleva sa torpeur, le rendit plus actif et lui fit oublier pendant plus de deux mois son hypocondrie. Ce petit exemple montre d'une manière saisissante comment les psychasthéniques ont besoin qu'on les aide pour parvenir à l'émotion précise et comment il est possible de les aider dans ce sens.

Le médecin ne se borne pas à exciter l'émotion, il la dirige et la développe ; il en surveille les manifestations pour arrêter et empêcher les dérivations. C'est une véritable rééducation de l'émotion qui cherche à substituer aux ruminations, aux agita-

tions, aux angoisses élémentaires des émotions hiérarchiquement supérieures. Le malade doit se prêter à ce travail et, quoique cela semble singulier, faire des efforts pour arriver à des émotions précises.

5. — *La direction des efforts, la rééducation de l'attention.*

Je viens de dire que le malade doit faire effort. Il ne faut pas se figurer, en effet, comme on le croit trop souvent et comme les sujets sont les premiers à le croire, que la volonté personnelle du malade soit sans action sur ces phénomènes dont on a très mal compris à mon avis la prétendue irrésistibilité. Les obsédés ont beaucoup plus d'action sur leur maladie que n'en ont les hystériques précisément parce qu'il y a chez eux beaucoup moins d'automatisme. En étudiant les oscillations du niveau mental nous avons vu cette influence considérable des efforts de la volonté et de l'attention, il faut encore faire servir cette influence au traitement.

Dans des cas particulièrement heureux et rares, il suffit, de faire comprendre au malade quelle est au fond sa maladie et comment il peut en sortir. La guérison de Wy..., jeune homme de 20 ans, après une simple indication de ce genre, m'a causé une réelle surprise. Ce jeune homme est venu me raconter ses misères : depuis plus de cinq ans il était accablé par des scrupules génitaux insensés. Tourmenté par la pensée des organes génitaux, il croyait les voir chez les hommes et chez les femmes, il s'imaginait assister à des scènes lubriques même dans sa famille et il prenait en horreur son père et sa mère. Effrayé par ses propres organes, il leur trouvait une grosseur, une odeur toute particulière que tout le monde devait remarquer : il avait pris peu à peu une foule de tics qui primitivement avaient pour but de dissimuler ses parties et qui amenaient des contorsions perpétuelles du tronc et des jambes. Je lui expliquai ce que je pensais de cette maladie, son point de départ dans le défaut d'énergie de l'attention et de la volonté, la perte du contact avec le réel, la rêverie et la rumination, l'inquiétude et le mécontentement, puis une interprétation quelconque qui donnait un prétexte aux ruminations et aux angoisses. Après avoir réfléchi il finit par me dire : « Il y a longtemps que je me doutais de tout cela, mais j'ai fini par écarter cette idée, d'abord parce qu'on m'a répété

que j'étais neurasthénique et ensuite parce que cette idée m'aurait imposé des efforts pénibles. » En raison de sa situation, ce garçon ne pouvait suivre un traitement régulier et je ne l'ai revu qu'un an après. « En vous quittant, me dit-il, j'ai voulu guérir et je me suis mis au travail : cela a été dur, mais j'ai réussi et depuis plus de six mois je ne pense plus du tout à mes bêtises ». Il se peut qu'il y ait plus tard des rechutes, c'est même probable ; mais cette guérison d'une longue crise par les efforts du malade seul et livré à lui-même est bien remarquable.

Le plus souvent, il nous faut diriger et exciter perpétuellement l'effort du malade. Dans quel sens doit-on le diriger ? D'abord, je ne crois pas que l'on doive pousser le sujet à lutter directement contre son idée fixe : il n'arriverait qu'à des ruminations semblables à celles qu'il fait depuis longtemps. Il faut redouter énormément *les efforts faux*, les crises d'efforts qui ne sont que de l'agitation physique et morale stérile, qui ne sont que des dérivations, et non de la véritable tension mentale. Il faut amener le sujet à faire des efforts physiques ou moraux quelconques en dehors du sujet ordinaire de leurs méditations, en ne se proposant qu'un seul but qui est de se rapprocher du réel autant que possible.

L'effort pour un exercice physique est excellent, j'ai déjà signalé quatre malades guéris pendant plusieurs années par les exercices militaires aussi bien que par la discipline du régiment. Le jardinage, la bicyclette chez Bow..., les travaux du ménage chez Al..., la gymnastique chez beaucoup ont eu d'excellents effets : voici plus de dix ans que j'ai eu l'occasion de guérir des tics physiques aussi bien que des tics moraux en forçant le malade soit à maintenir l'immobilité, soit à faire des mouvements précis, des actes physiques énergiques ou délicats avec attention et avec effort. Il se peut comme le dit M. Lagrange, que la gymnastique permette à ces malades d'éliminer leurs toxines [1], il est possible qu'elle contribue à l'augmentation du tonus musculaire, élément important de la cœnesthésie comme le remarque M. Hartenberg [2]. Mais à ces influences physiques s'ajoute une influence morale énorme, qui joue un rôle infiniment plus consi-

1. Lagrange, *Les mouvements méthodiques et la mécanothérapie*, 1899, p. 415 (Paris, F. Alcan).

2. Hartenberg, *Les timides et la timidité*, p. 233 (Paris, F. Alcan).

dérable et qui est en rapport avec l'exercice de l'attention, avec le sentiment de l'énergie morale dépensée utilement, avec le sentiment du danger surmonté. M. C. Th. Ewart dans un article curieux avait déjà remarqué « les bons effets du vélocipède dans l'aliénation mentale[1] ». Mais il ne parle que de la distraction que cette exercice procure. Quand j'ai remarqué à mon tour les bons effets de l'exercice de la bicyclette chez les obsédés, chez les tiqueurs ou les angoissés, j'ai noté que ce bon effet se manifeste surtout au début, quand ils commencent cet exercice et n'y sont pas encore trop habitués ; je crois que cet exercice vaut surtout par l'effort d'attention qu'il exige, par la difficulté qu'il faut vaincre et par la satisfaction d'avoir traversé un petit danger qu'il procure à ces timorés.

En dehors des efforts physiques proprement dits, il faut exciter tous les efforts moraux, en premier lieu il faut essayer de restaurer graduellement le travail et surtout le travail professionnel. M. Marro a écrit quelques pages remarquables sur l'influence du travail et surtout du *travail rémunéré* chez les neurasthéniques dégénérés[2]. Arriver à leur faire gagner quelque chose par leur travail personnel, c'est souvent déterminer chez eux une excitation extraordinaire de la volonté. On ne se figure pas ce que l'on peut obtenir de Jean, en lui faisant faire, pour une revue, un petit compte rendu payé quelques sous : il est si heureux de gagner quelque chose qu'il en oublie la méningite et le diabète.

Un autre effort essentiel doit être dirigé vers les actions sociales, si importantes chez les abouliques. Il faut arriver à faire parler les malades renfermés, les habituer à exprimer leurs pensées et surtout à démêler leurs sentiments confus pour en faire part à d'autres personnes. Plusieurs auteurs ont justement noté l'amélioration que présentent les malades quand ils réussissent à se faire comprendre : M. A. de Jong[3], M. Tuczek[4] remarquent combien l'aveu précis est pour les obsédés un soulagement, M. Claparède[5] est étonné de voir que sa malade éreutophobe guérit

1. C.-Th. Ewart, Le vélocipède dans l'aliénation mentale. *Journal of mental Science*, juillet 1890.
2. Marro, *La puberté*, p. 403.
3. Arie de Jong, *Comptes rendus du Congrès de médecine de Moscou*, 1887, IV, p. 96.
4. Tuczek, *Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1869, p. 119.
5. Claparède. *Archives de psychologie de la Suisse romande*, 1902, p. 330.

quand elle a raçonté son histoire. Kl..., Claire sont tout à fait transformées quand on est arrivé à les faire parler nettement. Il est clair que cette même parole ne ferait aucun bien à Jean qui parle toujours indéfiniment, tandis qu'il est amélioré par un effort de travail. Il faut toujours demander au malade ce qui n'est pas chez lui un phénomène de dérivation, ce qui lui est difficile, afin de déterminer un effort qui remonte la tension morale.

Le défaut d'attention joue dans cette maladie un rôle esentiel, c'est contre lui que l'on doit surtout diriger les efforts du malade. M. Edw. B. Angell le remarque bien quand il dit que « le traitement doit être avant tout dirigé de manière à développer le pouvoir de l'attention[1] ». Voici bien des années que j'insiste sur cette rééducation de l'attention chez les hystériques et chez les psychasthéniques.

On peut choisir toute espèce de travaux intellectuels suivant l'âge et la situation sociale des malades, en cherchant toujours à faire faire un travail qui intéresse au moins un peu et qui offre un peu de difficulté pour qu'il ne soit pas fait d'une manière automatique. Il ne suffit pas de faire lire le journal d'une manière distraite, je crois nécessaire, au moins dans ces cas graves, de faire surveiller sans cesse cette lecture et de faire interroger le malade au bout de peu d'instants sur ce qu'il vient de lire, pour le forcer à suivre et à comprendre ce qu'il lit. En général, dans des cas de ce genre, il ne faut pas prolonger les premiers efforts d'attention au delà de quelques minutes. Kl... dirigeait son attention sur la musique et si elle parvenait à surmonter l'énervement que la musique lui causait d'abord, c'est-à-dire si elle parvenait à supprimer la dérivation qui se produisait au début des efforts d'attention, elle se trouvait ensuite beaucoup mieux. Nadia trop musicienne pour faire des efforts sur son piano s'intéressa au dessin et à la broderie et retrouva souvent le calme d'une façon bizarre en apprenant à faire des travaux difficiles à l'aiguille. Le dessin et la peinture ont été la grande ressource de Claire et de Vi... L'étude des langues étrangères ont rendu de grands services à Gisèle, à Lise, à Bow..., à Pot..., etc. Ces travaux ne s'accomplissent en général d'une manière à peu près correcte que pendant très peu de temps, puis il faut que le médecin parle de nouveau au sujet, le gronde, l'encourage, fixe lui-même l'atten-

1. Edw. B. Angell, *Journal of nervous and mental disease*, août 1900.

tion sur les mouvements, sur les sensations, sur le souvenir des choses qui viennent d'être étudiées, maintienne le sujet en haleine et le remonte : l'expression devient ici tout à fait juste.

Si la maladie est légère, le sujet prend l'habitude d'être ainsi remonté, de se maintenir à un niveau plus élevé ; l'abaissement mental disparaît et avec lui les agitations et les obsessions. Si la maladie est constitutionnelle, si elle est grave, le sujet se fatigue de cet effort perpétuel, il ne peut plus le faire sans retomber dans ses tics et ses ruminations, nous avons vu comment Lise est fatiguée d'aller bien, comment elle éprouve des besoins de rechute : « cela me fatigue trop de lire, sans avoir une autre idée en tête, je ne puis plus continuer ». Ces sujets ont toujours besoin d'être remontés par des excitations diverses, des émotions variées et le rôle du médecin se rapproche de celui du directeur de conscience qui se borne à donner les solutions, à suppléer à la volonté insuffisante. Autant que possible, il ne faut pas se contenter de ce rôle, il faut, en répondant aux questions, en dissipant les inquiétudes, essayer chaque fois d'exciter l'activité du malade, de la rapprocher du réel. De cette façon, on le maintient à un niveau moyen beaucoup plus élevé que celui qu'il aurait spontanément, et on enraye le développement de la maladie dans sa tendance la plus funeste, celle qui entraîne vers l'inertie et l'isolement.

Je crois que c'est à cette forme de traitement que se rapportent, quelquefois même à l'insu des auteurs, la plupart des procédés thérapeutiques qui ont eu quelque succès. Nous avons vu que la séance d'hypnotisme agissait au début chez l'obsédé par l'émotion qu'elle déterminait ; elle agit ensuite et plus encore par l'effort et l'attention qu'elle demande. On exige du sujet qu'il reste immobile, les yeux fermés en cherchant le sommeil : le sujet qui ne s'endort pas du tout automatiquement comme l'hystérique, fait tout cela par obéissance, parce qu'il croit au traitement, c'est pour lui un gros effort. On lui demande aussi, sous prétexte de suggestion, des mouvements, des attitudes plus ou moins prolongées, et il essaye de les réaliser : l'attention et l'effort sont d'autant plus grands qu'il se figure faire des mouvements d'un caractère extraordinaire, qu'il surveille ses muscles plus que jamais. Lise, comme je l'ai dit, se trouvait fort améliorée par des contractures suggérées : en réalité ces prétendues contractures

étaient de grands efforts qu'elle faisait pour raidir ses membres et même tout son corps. « C'est singulier, disait-elle, pendant que vous me suggérez des tremblements ou des contractures, je ne puis plus suivre mes idées (ruminations sur le sacrilège), elles cessent de me tourmenter, tandis que pendant mes mouvements ordinaires elles continuent toujours ». Bien entendu, ses idées cessaient parce qu'elle se donnait tout entière à un effort gymnastique intense qui la mettait en sueur, parce qu'elle s'élevait assez aux phénomènes supérieurs pour qu'il n'y eût plus de dérivations. On suggère aussi au sujet des hallucinations, des rêves et, comme ceux-ci se développent pas tout seuls, il faut encore un effort intense d'imagination et surtout d'attention qui amène la même tension et relève le niveau de l'esprit. Lise et Claire sont transformées par les efforts qu'elles font pour avoir l'hallucination d'une rose, c'est-à-dire tout simplement pour se la représenter d'une manière nette et réelle. Enfin, pendant cette prétendue hypnose, on dirige l'attention sur des idées et l'on force le sujet à les comprendre beaucoup plus clairement qu'à l'ordinaire. En un mot, je crois que le mécanisme du traitement par l'hypnose dans ces cas de psychasthénie n'est pas autre chose que l'excitation de l'attention, la direction et la rééducation de la volonté : il en est peut-être quelquefois de même dans l'hystérie mais plus rarement, car ici d'autres mécanismes s'ajoutent à celui-là.

Certains auteurs proposent un traitement qui, au premier abord, étonne un peu. M. Tissié nous dit qu'il guérit des obsessions et des phobies par la gymnastique suédoise [1]. M. Thulié propose très justement de discipliner les jeunes dégénérés en les habituant à la gymnastique d'ensemble [2]. M. Pitres et M. Tissié présentent un malade psychasthénique avec des tics et des toux spasmodiques guéri par la gymnastique médicale respiratoire [3]. Il est bien entendu que la gymnastique n'agit pas ici directement mais indirectement par les influences que je viens d'indiquer.

L'interprétation des effets thérapeutiques a semblé quelquefois

1. Tissié, Traitement de quelques phobies par la gymnastique suédoise. *Congrès des aliénistes et neurologistes*. Bordeaux, août 1895.

3. M. Thulié, *Le dressage des jeunes dégénérés ou orthophrénopédie*, 1900 (Paris, F. Alcan).

3. Tissié, *Clinique de gymnastique médicale psychodynamique*, 1899. A. Pitres, *Tics convulsifs généralisés* (chorée électrique de Bergeron-Hénoch, Electrolepsie de Tordeus ou névrose convulsive rythmée de Guerlin), traités et guéris par la gymnastique respiratoire. *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 21 décembre 1900.

plus délicate à propos de certaines tentatives très intéressantes de guérisons des tics. Trousseau proposait pour guérir les tics « une gymnastique ordonnée des muscles affectés de convulsions ». Charcot[1] parle « d'une gymnastique rationnelle ». M. Letulle réclame une gymnastique spéciale en remarquant d'ailleurs « qu'il faut maintenir le moral, soutenir le courage et les efforts du patient[2] ».

M. Brissaud dans un grand nombre de travaux[3], M. Bompaire[4], M. Popoff[5], M. P. Montaigne[6], MM. H. Meige et E. Feindel[7] ont préconisé un traitement en apparence plus précis par « la rééducation de l'immobilité et les mouvements antagonistes ». Plusieurs de ces auteurs semblent croire que ce traitement gymnastique agit directement sur le tic, qu'il s'agit essentiellement d'un traitement des muscles ou de la fonction nerveuse proprement motrice.

M. Dubois (de Saujon) a poursuivi depuis 1896 avec le plus grand soin le traitement de quelques tiqueurs. Il dresse ces malades à rester absolument immobiles pendant un temps déterminé[8], il obtient des guérisons remarquables et observe que les phobies s'améliorent en même temps que les tics. M. Dubois ne cherche pas les mouvements antagonistes, il ne cherche que l'effort d'attention vers « l'image du repos, de l'immobilité absolue, mais de l'immobilité *consentie, voulue* ». Comme l'auteur le remarque aimablement, cette interprétation se rattache à la conception que nous soutenons depuis longtemps de l'importance des exercices de l'attention chez les névropathes. A mon avis, ces traitements des tics, qu'il s'agisse de la gymnastique générale, d'un exercice des mouvements antagonistes, de la rééducation de l'immobilité,

1. Charcot, *Leçons du mardi*, 1888-89, p. 469.
2. Letulle, articles « *tics* » du *Dictionnaire de Jaccoud*.
3. Brissaud, Tics et spasmes cloniques de la face, Leçons à la Salpêtrière, 8 décembre 1893. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 janvier 1894. — Contre le traitement chirurgical du torticolis mental. *Revue neurologique*, 30 janvier 1897.
4. Bompaire, *Le torticolis mental*. Thèse, Paris, 1894.
5. Popoff, Le torticolis psychique. *Revue neurologique*, 1900, p. 292.
6. P. Montaigne, *Étude sur le torticolis mental et son traitement*. Thèse, Paris, 1900.
7. E. Feindel, Le torticolis et son traitement. *Nouvelle iconographique de la Salpêtrière*, 1897, n° 6. H. Meige et E. Feindel, Traitement des tics. *Presse médicale*, 16 mars 1901. *Gazette des hôpitaux*, 11 juin 1901. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 août 1901.
8. Dubois (de Saujon). *Société de thérapeutique*, 27 mars 1901.

réussissent tous également bien, mais à une condition, c'est que le médecin par son autorité, par son influence réussisse à obtenir du sujet des efforts volontaires, de l'attention, des émotions même, en un mot de l'adaptation à une situation donnée. C'est toujours en réalité la même gymnastique fondamentale.

Si nous passons aux traitements de l'obsession proprement dite, nous voyons qu'autrefois on conseillait souvent les voyages, les distractions. Ce procédé ne me paraît pas toujours bon : souvent le psychasthénique est trop malade pour tirer un bénéfice d'un voyage, il est incapable de percevoir des objets et des situations trop variées, on risque de déterminer simplement par ce procédé de la fatigue et une augmentation de l'abaissement mental. Mais quand ce procédé réussit, c'est que le sujet légèrement atteint a été excité par la nouveauté des spectacles et a prêté aux choses une plus grande attention.

Legrand du Saulle[1] note l'influence heureuse du travail intellectuel, de la récitation de morceaux appris par cœur. Azam[2] remarque l'importance « d'une occupation quelconque qui est une des nécessités de l'existence. Faute d'aliments, l'esprit humain se dévore lui-même ». Cette thérapeutique par le travail mental échouera ou réussira suivant la façon dont elle sera comprise, elle n'a de valeur que par l'effort qu'elle exige pour tendre l'attention.

Legrand du Saulle[3] parle aussi à plusieurs reprises de malades guéris de leurs phobies en les aguerrissant peu à peu contre la peur de l'espace. Cette thérapeutique qui habitue le malade à lutter contre son émotion a été reprise récemment par MM. Hartenberg et Valentin[4]. Je crois que c'est toujours au fond le même traitement dirigé suivant les préférences des auteurs dans tel ou tel sens ; je remarque seulement qu'il n'est guère possible de demander tout de suite au malade des efforts contre sa phobie principale. On risque de n'obtenir ainsi que des phénomènes de dérivation. Après une éducation plus générale de la volonté et de l'attention, cette lutte contre la phobie deviendra une gymnastique excellente et facile.

En un mot, tous ces divers traitements rentrent dans ce que

1. Legrand du Saulle, *La Folie du doute*, p. 11.
2. Azam, Les Toqués. *Revue scientifique*, 1891, I, p. 621.
3. Legrand du Saulle, *Agoraphobie*, p. 68.
4. P. Valentin, *Revue de psychologie clinique et thérapeutique*, mai 1901.

M. Bernheim appelait très bien entraînement suggestif actif, dynamogénie psychique[1] ; ils ne sont que diverses formes de cette thérapeutique que je décris depuis une dizaine d'années comme la reconstitution graduelle des fonctions de synthèse mentale. Je crois l'avoir encore précisée dans ce livre par les études sur le rétablissement de la tension psychologique suffisante. Ajoutée aux traitements physiques et moraux précédents, combinée avec une direction morale qui supprime les complications et qui facilite la tâche du malade, cette excitation mentale par l'émotion, les efforts de volonté et l'attention est la meilleure thérapeutique que nous puissions actuellement diriger contre la maladie des obsessions. Elle a sans doute de gros inconvénients : elle est lente et peut durer des années, elle est plutôt une éducation qu'un traitement médical, elle est peu précise et laisse énormément à l'initiative du médecin, elle exige de celui-ci beaucoup de temps et un effort énorme d'énergie que ne peuvent s'imaginer ceux qui n'ont pas essayé de l'appliquer eux-mêmes. Mais elle est la seule thérapeutique qui puisse aujourd'hui modifier d'une façon heureuse quelques-uns de ces esprits insuffisamment adaptés à la vie pratique. Il faut espérer que plus tard des traitements plus efficaces pourront agir directement sur la tension nerveuse insuffisante dont nous ne savons encore aucunement ni le mécanisme, ni les conditions.

1. Bernheim, *Revue de médecine*, 1898.

CONCLUSION

LA PLACE DE LA PSYCHASTHÉNIE PARMI LES PSYCHO-NÉVROSES

Je n'essaye pas de refaire l'historique complet des études sur ces états psychasthéniques. Cet historique est fait d'une manière intéressante dans plusieurs travaux, en particulier dans les articles de M. Ladame[1]. Je rappelle seulement que la première observation se trouve dans les œuvres d'Esquirol, sous le nom de monomanie raisonnante[2], puis que les observations s'accumulent dans les travaux de Parchappe, de Trélat, de J. Moreau (de Tours), de C. Pinel, de Baillarger, des deux Falret, de Delasiauve, de Morel, de Marcé. A partir de 1860, les études deviennent bien plus nombreuses et il faut aussi signaler des travaux étrangers, ceux de Griesinger, de Westphall, de Cordes, de S. Weber, etc. Legrand du Salle, puis M. Ritti dans un article du dictionnaire encyclopédique, résument les travaux de ces divers auteurs et inaugurent la période contemporaine dans laquelle ce syndrome est bien connu et dans laquelle les recherches seront dirigées du côté de l'interprétation. J'ai déjà étudié les diverses théories qui furent présentées, la théorie intellectuelle, la théorie émotionnelle, et la théorie psychasthénique ou la théorie de l'abaissement de la tension psychologique. Ce que je désire étudier maintenant chez ces auteurs, ce ne sont plus les interprétations psychologiques ou pathogéniques, ce sont les interprétations médicales et la place qu'ils attribuent à ces troubles dans la pathologie.

En me plaçant à ce point de vue il me semble que ces études ont parcouru deux phases différentes ou plutôt que les pathologistes se sont posé successivement deux problèmes un peu diffé-

1. Ladame, *Ann. méd. psych.*, 1890, II, 390. *Revue de l'hypnot.*, 1891, p. 130.
2. Esquirol, *Œuvres*, 1838, II, p. 63 ; I, p. 361.

rents. Dans une première période on envisage d'abord le problème de l'unité du syndrome, puis dans une seconde le problème de sa nature au point de vue médical.

1. — L'unité du syndrome.

Dans la première période les observations recueillies isolément semblent des curiosités extrêmement variées. Les observateurs sont surtout frappés par les énormes différences que présentent au premier abord un obsédé qui a des remords, un douteur qui s'interroge sur la raison d'être du monde, un impulsif homicide, un agoraphobe ou un éreutophobe. C'est la période de la multiplicité, et chaque auteur découvre sa manie ou sa phobie : il y en a bientôt un nombre invraisemblable et le besoin de mettre quelque unité dans ces interminables descriptions se fait sentir. Les premières tentatives d'unification sont assez incoordonnées : on établit le groupe des *monomanies* pour tous les symptômes intellectuels, tantôt on les réunit avec les délires systématisés comme Marcé, 1862, qui confond le délire du toucher avec le délire de persécution, tantôt comme Delasiauve, 1859, on distingue ces « pseudo-monomanies » des folies systématisées. On essaye, comme Parchappe, 1851, de réunir quelques-unes des phobies avec le groupe vague des hypocondries. Morel, en 1861, forme un groupe avec tous les émotifs. Berger, Griesinger, Falret, Legrand du Saulle cherchent à constituer un groupe en réunissant la folie du doute avec le délire du toucher, il en fait « une aliénation partielle avec crainte du contact des objets extérieurs »; la même opinion est adoptée par Falret. Cette tentative était particulièrement intéressante, car elle réunissait les symptômes intellectuels de l'obsession et les symptômes émotionnels de la phobie, et cherchait même avec une singulière exagération à établir la succession régulière des phénomènes. Plus tard MM. Ritti, Krafft-Ebing, Wille, Mendel se rattachent à la même opinion. Cependant cette unité était loin d'être admise par tous les auteurs et loin d'être complète : bien des impulsions, des manies et surtout les tics restaient en dehors. L'unification était d'autant plus difficile que l'on ne voyait pas le lien qui rattachait tous ces symptômes les uns aux autres.

Je crois que l'œuvre de M. Magnan a été sur ce point très considérable, il n'a pas essayé de montrer la relation psychologique ou pathogénique des symptômes, mais il leur a trouvé à tous un caractère commun, c'était leur origine très fréquemment héréditaire. Sans tenir compte de la différence apparente de nature il les a réunis par ce seul caractère commun. Toutes les obsessions, les manies, les phobies sont devenus *les stigmates héréditaires des dégénérés*. Cette interprétation renferme des points très contestables, mais elle a le grand mérite de donner une unité à des faits si divers, et à ce point de vue elle a été presque partout acceptée ; on n'hésite plus guère à considérer toutes les diverses manies ou impulsions comme des apparences diverses d'un trouble qui est au fond toujours le même.

J'ai essayé d'apporter une contribution à cette œuvre de l'unification, d'abord en montrant dans chaque chapitre les relations cliniques et psychologiques des différents symptômes les uns avec les autres, des diverses obsessions entre elles, des obsessions avec les phénomènes de dérivation, les ruminations, les phobies, les agitations motrices. J'ai essayé en outre de rattacher au groupe qui s'était constitué peu à peu autour des anciennes monomanies d'Esquirol, d'autres symptômes ou d'autres groupes de symptômes qu'on laissait à part trop isolés. En premier lieu les tics, les torticolis psychiques, les clignements, les secousses variées ne doivent pas à mon avis constituer une maladie spéciale appelée la maladie des tics, pas plus que les contractures hystériques ne doivent constituer la maladie des contractures. Le tic constitue un symptôme qu'il s'agit de diagnostiquer : il y a des tics à séparer des autres, ce sont les tics des idiots, des déments, le tic de Salaam, les tics de déglutition chez les épileptiques, les tics hystériques, etc., et, cette opération une fois faite, tous les autres tics rentrent dans les phénomènes de dérivation des psychasthéniques. Ensuite certaines agitations en général mal diagnostiquées doivent se rattacher au même groupe. Enfin la névrose cérébro-cardiaque de Krishaber ne me paraît pas constituer une maladie, mais rentre dans un groupe de faits extrêmement important, le groupe des sentiments d'incomplétude qui se rattache lui-même aux insuffisances psychologiques fondamentales chez les psychasthéniques.

L'interprétation psychologique générale que j'ai donnée permet de comprendre les relations mutuelles de ces phéno-

mènes et de voir la manière dont ils dérivent souvent les uns des autres.

J'ai donc essayé de continuer et de préciser cette œuvre de groupement qui peu à peu a réuni en un syndrome ces troubles si divers et au premier abord si disparates.

2. — *Interprétation pathologique du syndrome.*

Dans les périodes plus récentes se pose un autre problème, celui de l'interprétation qu'il faut donner à ce groupe ainsi constitué, de la place qu'il faut lui attribuer dans la pathologie, Sur ce point les opinions ont été des plus diverses. « La folie du doute est ainsi, dit M. Ladame, chez les auteurs contemporains, tantôt le symptôme des affections mentales et nerveuses les plus variées, tantôt un épisode psychopathique de la dégénérescence héréditaire, tantôt une forme spéciale de psychose, tantôt enfin un simple trouble psychique élémentaire qui relève de la pathologie générale de l'aliénation : le doute n'est pas seulement chez les malades, il a passé dans la science [1] ».

Les opinions ne me semblent pas être si nombreuses si on les rapproche les unes des autres et si on les interprète d'après les études précédentes. Un premier groupe d'auteurs hésite un peu à considérer ces symptômes psychasthéniques comme véritablement pathologiques. Ball quand il décrit la zone frontière qui s'étend entre la raison et la folie [2], Azam, quand il parle des tics intellectuels, des stigmates psychiques [3] remarquent que ce sont là souvent des bizarreries de caractères compatibles avec la raison. Scholz, cité par M. Ladame [4], ne parle des obsessions qu'à propos des troubles élémentaires de l'intelligence et dit qu'on les rencontre même chez les hommes sains d'esprit. M. G. Savage [5] remarque que ce sont là des prédispositions héréditaires très fréquentes chez tout le monde. M. Gélineau qui en 1894 décrivait certaines formes de phobies maladives revient à plusieurs reprises sur ce qu'il

1. Ladame, *Congrès de Berlin*, 1890. *Revue de l'hypnot.*, 1891, p. 131.
2. Ball, *Revue scientifique*, 1883, I, p. 1.
3. Azam, *Revue scientifique*, 1891, I, p. 618.
4. Ladame, *op. cit.*, 1891, p. 130.
5. G.-H. Savage, On imperative ideas. *Brain*, 1895, p. 322.

appelle les phobies essentielles[1]. Ce sont des craintes bizarres inspirées par certains objets, par certains animaux ou par une situation particulière sur un lieu élevé; ce sont des phénomènes qui se rapprochent du vertige ordinaire, qui existent souvent dès la première enfance, qui peuvent quelquefois être héréditaires et qui existent chez des sujets ne présentant aucune autre tare. Hack-Tuke, dans l'enquête qu'il a commencée dans le Brain, « tient à mettre en relief la parfaite innocuité d'un grand nombre d'idées ou d'actes impératifs chez des gens très sensés, par exemple la peur de n'avoir pas bien éteint le bec de gaz, le besoin de frapper les pavés avec sa canne, le soin de marcher en évitant les intervalles du dallage, la tendance à compter un certain nombre de fois avant d'accomplir l'acte le plus simple[2] ». Si on poussait à son terme la tendance indiquée dans quelques-uns de ces travaux on serait disposé à considérer les obsessions, les tics et les phobies comme des originalités individuelles qui n'auraient rien de pathologique.

Une discussion analogue a eu lieu il y a quelques années à propos de l'hypnotisme, quelques auteurs voulaient bien en faire un phénomène exceptionnel, une particularité individuelle anormale, mais non un phénomène pathologique. C'est là une querelle de mots : la maladie ne peut que reproduire en les déformant des phénomènes qui ont leur origine dans l'état normal, on retrouvera donc dans l'état normal les vestiges de tous les phénomènes pathologiques. Pour juger de la nature d'un symptôme il faut considérer son degré et ses conséquences au point de vue de la vie individuelle et de la vie sociale. S'il y a à peu près chez tous les hommes des habitudes, des manies bizarres dépendant de souvenirs d'enfance, cela ne supprime pas le caractère dangereux des véritables ruminations ou des véritables phobies, puisque celles-ci aboutissent, ainsi qu'on l'a vu, à supprimer toute activité de l'individu et à le retrancher complètement de la vie sociale.

Une deuxième opinion, plus importante, ne veut pas non plus faire du syndrome psychasthénique une véritable maladie, c'est-à-dire un trouble accidentel surajouté en quelque sorte à la vie de l'individu. On le considère alors comme un trouble ou comme

1. Gélineau, *Revue de l'hypnotisme*, 1897, p. 51 et 1899, p. 79.
2. Hack-Tuke, *Brain*, 1894, p. 184.

la manifestation d'un trouble apporté par l'individu dès sa naissance et faisant partie de sa constitution en raison de ses antécédents héréditaires. Schüle en fait une folie héréditaire simple dans le groupe des psychoses dégénératives, Krafft-Ebing rattache aussi la folie du doute aux psychoses dégénératives, Tamburini en fait la forme la plus élémentaire de la dégénérescence mentale, Magnan surtout et tous les aliénistes qui se rattachent à son école font de ces phénomènes un symptôme épisodique de la folie héréditaire des dégénérés[1].

Il y a dans cet enseignement quelque chose de très juste, c'est de montrer l'importance de l'hérédité dans les conditions étiologiques de ces troubles ; en outre l'enseignement de M. Magnan a beaucoup contribué à réunir tous ces symptômes en un seul tout et à faire cesser la création des innombrables manies et phobies distinctes. Mais il me semble que l'on prépare des confusions si on considère la psychasthénie comme une simple dégénérescence mentale.

En effet si on prend le mot dégénérescence dans son sens vague comme signifiant une diminution, un moindre fonctionnement d'un organe, cette opinion est évidemment juste, mais elle est si vague qu'elle ne permet aucune distinction et peut s'appliquer à tous les troubles possibles. MM. Magnan et Legrain ont défini ainsi la dégénérescence « c'est l'état pathologique de l'être qui comparativement à ses générateurs les plus immédiats est constitutionnellement amoindri dans sa résistance psycho-physique et ne réalise qu'incomplètement les conditions de la lutte héréditaire pour la vie ». M. Magri la définissait ainsi : « est dégénéré tout organisme qui est incapable par lui-même, par défaut organique et psychique, d'affirmer sa propre individualité et qui mène une vie parasitaire, improductive et nuisible à la société[2] ». De cette façon, le psychasthénique qui pour nous présente une moindre faculté d'adaptation à la réalité est évidemment un dégénéré. Mais la paralysie générale aussi est une régression de l'activité cérébrale, la confusion mentale, l'idiotie de même empêchent l'individu de s'adapter à la réalité et on ne peut pourtant pas confondre tous les troubles cérébraux à cause de ce caractère commun.

1. Magnan, Leçon sur la folie héréditaire. *Ann. méd. psych.*, novembre 1886, p. 454. Cf. Saury, *Syndromes épisodiques des dégénérés*, 1886.

2. Fr. Magri, La degenerazione considerata nella sue causa. Pise, 1891.

Si on prend ce mot dégénérescence d'une manière plus précise comme une malformation héréditaire et congénitale, cette interprétation appliquée à la psychasthénie me paraît très contestable. Les troubles psychasthéniques peuvent survenir tardivement chez des individus normaux à la suite d'une maladie infectieuse ou de violents troubles moraux. D'autre part, les obsessions proprement dites ne caractérisant pas les véritables dégénérés ne se retrouvent pas dans l'état mental des idiots et des imbéciles, au contraire, comme le remarque M. Séglas, elles sont d'autant plus rares que l'état de dégénérescence est plus profond [1]. Comme l'ont remarqué MM. Pitres et Régis, on constate rarement chez les obsédés les stigmates physiques de la dégénérescence qui devraient être fréquents si leur maladie n'était qu'une manifestation de leur dégénérescence.

Sur ce point voici comment on peut, si je ne me trompe, concilier ces contradictions. L'hérédité est ici simplement prédisposante, elle produit un cerveau dont la tension est sinon faible, du moins fragile, capable de s'abaisser trop facilement sous les influences que nous avons étudiées. Si les autres circonstances sont cependant favorables, si l'esprit n'a pas en raison de l'éducation ou de l'instruction une trop grande étendue, si les conditions déprimantes ne se présentent pas, cette faiblesse de tension ne se produira pas et les troubles ne se manifesteront pas. C'est là un fait difficile à vérifier mais bien vraisemblable : nous voyons que des changements heureux du milieu guérissent souvent des obsessions toutes constituées. Il est bien probable que, si ces circonstances heureuses s'étaient manifestées dès le début, la maladie n'aurait même pas apparu. Il doit en être souvent ainsi pour ces enfants de familles tarées qui, gardant une vie aussi simple et tranquille que possible, échappent au développement des germes qu'ils portent en eux-mêmes. Pourquoi d'autres prédisposés n'échapperaient-ils pas, grâce à une éducation bien comprise ? Ces remarques ne s'accordent guère avec la conception d'une dégénérescence dont le caractère propre est d'être fatale. Dans d'autres cas un ensemble de circonstances fâcheuses provoque cette diminution de la tension psychologique qui était latente, donne naissance à des phénomènes d'insuffisances, à des troubles de dérivation et constitue les états psychasthéniques. Enfin les

1. Séglas, *Maladies mentales*, p. 61.

mêmes circonstances fâcheuses mais plus graves, plus prolongées produiront le même effet sur des individus qui apportaient peu de prédispositions congénitales.

Ces caractères sont ceux qui appartiennent à toutes les maladies dans lesquelles les prédispositions héréditaires jouent un rôle. Puisque l'on considère l'hystérie, l'épilepsie, le délire des persécutions comme des maladies, il me semble juste de dire de même que la psychasthénie n'est pas uniquement une bizarrerie du caractère ou une dégénérescence, mais que c'est une maladie dont il reste à déterminer le caractère.

Tout en faisant de la psychasthénie une maladie, beaucoup d'auteurs hésitent à en faire une maladie spéciale et distincte des autres, ils essayent de rattacher ces symptômes à d'autres groupes pathologiques. Voici une opinion exprimée autrefois par Bigot et qui est encore reproduite souvent d'une manière plus ou moins explicite : « la folie raisonnante, disait-il, n'est ni un genre, ni une espèce, mais une variété de la période transitoire de la raison au délire qui se trouve dans tous les genres et dans toutes les espèces d'aliénation mentale et qui même ne mérite ce nom de variété que lorsque le caractère équivoque se fait remarquer par une trop longue durée, qui laisse au second plan la période d'évidence du délire... c'est une sorte de phase incertaine mêlée inégalement de délire et de raison [1]. » Certainement beaucoup de maladies mentales ont une période prodromique, dans laquelle il y a de la confusion, de la tristesse, des rêveries et même des idées irrésistibles dont le malade ne se sent pas le maître. Mais si on veut bien faire l'analyse psychologique de ces prodromes, on n'y verra pas les caractères de l'insuffisance mentale de l'obsédé, de cette insuffisance si particulière qui ne porte que sur les fonctions du réel et qui laisse intactes les opérations intellectuelles proprement dites. Dans les prodromes des maladies mentales, il y a plutôt de la confusion mentale, ce qui est tout autre chose. En outre, on trouvera dans ces prodromes les caractères propres à la maladie mentale qui commence : la démence spéciale de la paralysie générale, la douleur morale de la mélancolie n'appartiennent pas à la symptomatologie des

1. V. Bigot, Des périodes raisonnantes de l'aliénation mentale. *Revue scientifique*, 1877, I, p. 1243.

obsessions. Enfin des prodromes ne peuvent pas durer dix ans et nous voyons l'ensemble des symptômes de nos malades se maintenir dans le même sens pendant dix et vingt ans.

Je n'admettrai donc pas non plus des opinions comme celle de Lasègue qui rattache les obsessions à la mélancolie perplexe. Des obsédés peuvent aboutir à la mélancolie anxieuse, mais c'est là une complication de leur maladie et l'on voit bien qu'ils changent de caractère : il n'ont plus de véritables ruminations, ils ne s'interrogent plus véritablement, ils souffrent et gémissent avec une agitation vague qui a supprimé les caractères spéciaux précédents.

Je serai beaucoup plus embarrassé en présence des opinions analogues à celle de M. Arndt, de M. Morselli qui appellent cette maladie « paranoia rudimentaire ». On peut dire, en effet, que les obsessions sont très voisines des délires systématisés, en particulier du délire de persécution : j'ai déjà fait remarquer ce voisinage. Il n'en est pas moins vrai que l'évolution d'un délire de persécution avec la conviction allant jusqu'aux actes, la systématisation croissante, les hallucinations auditives, est loin d'être la même que celle de la maladie des obsessions. Il est probable, quand on connaîtra mieux le délire de persécution, qu'on lui trouvera un début analogue à celui de la psychasthénie, avec une certaine modification psychologique qui lui donne une autre évolution et en fait une variété distincte.

Le groupe des maladies dont la psychasthénie se rapproche le plus est celui des névroses dans lesquelles nous observons les mêmes symptômes d'épuisement nerveux et un état mental analogue. Morel disait déjà que le délire émotif est plutôt une névrose qu'une psychose, Meynert[1] admettait que cette maladie appartient au complexus de l'hystérie et de l'hypocondrie. M. Haskovec remarquait que « l'étiologie et la pathogénie des phobies et des idées fixes étaient les mêmes que celles de ce grand groupe de lésions fonctionnelles du système nerveux que nous désignons sous le nom de névroses[2] ». Mais il est admis aujourd'hui que les névroses sont en majeure partie le résultat de troubles fonctionnels de l'écorce cérébrale, troubles se mani-

1. Meynert, Ueber Zwangsvorstellungen. *Wien. klin. Wochenschrift*. 3 mai 1888, p. 109.
2. Haskovec, *op. cit.*, p. 127.

festant par des perturbations psycho-physiologiques, on ne peut donc pas les opposer trop complètement comme on le faisait autrefois aux psychoses. Aussi peut-on dire justement avec MM. Pitres et Régis que la psychasthénie se rattache aux états mixtes, que c'est une psycho-névrose.

Pour préciser maintenant sa place parmi les psycho-névroses, il faut voir ce qui la rapproche ou la distingue des formes voisines. Je ne reprendrai pas ici la comparaison des névroses au point de vue du diagnostic qui a déjà été faite dans un chapitre précédent, j'insiste seulement sur les conceptions générales que l'on peut se faire de ces diverses névroses et sur les relations que présentent entre elles ces diverses conceptions générales.

J'ai déjà montré les rapports étroits de la psychasthénie avec l'épilepsie. Je crois que dans les deux maladies il y a des oscillations considérables du niveau mental et que des abaissements ou des chutes de la tension psychologique ou nerveuse entendue comme il a été dit jouent dans les accidents de ces deux névroses le rôle principal. Mais dans l'épilepsie, autant que nous pouvons le savoir, cette chute est considérable et momentanée. Elle va jusqu'à la perte complète de conscience pendant un temps assez court, ensuite la tension se relève non pas sans doute d'une manière complète, mais d'une manière suffisante pour que le sujet se sente à peu près normal et ne se plaigne pas d'ordinaire de ces sentiments d'incomplétude qui sont si caractéristiques du psychasthénique. Les phénomènes de dérivation se retrouvent, je crois, dans les convulsions de l'accès : ils sont violents et d'ordre très élémentaire, c'est-à-dire que la dérivation ne se fait pas sous forme de ruminations mentales, phénomène conscient et relativement supérieur, ni sous forme d'états émotifs conscients, ni sous forme de ces mouvements encore à demi intelligents qui sont les tics, mais sous la forme des mouvements les plus élémentaires. Dès que ces caractères de l'accès épileptique diminuent, dès que la chute de tension est moins grande, mais se prolonge plus longtemps, quand les dérivations sont moins élémentaires, on voit apparaître des délires épileptiques qui se rapprochent beaucoup des phénomènes psychasthéniques. Quelques-uns d'entre eux déterminent des sentiments d'incomplétude, des doutes sur la réalité de la personne et du monde extérieur tout à fait identiques à ce qui existe chez les obsédés. Sans voir dans cette proposition autre chose qu'une image destinée à montrer les rap-

ports apparents de ces deux psycho-névroses, il me semble que l'état psychasthéniques est une épilepsie atténuée et chronique.

Les rapports de la psychasthénie et de l'hystérie sont intéressants et instructifs. Au premier abord les deux maladies semblent être assez voisines : l'aboulie, l'aprosexie existent dans l'une comme dans l'autre, il y a dans les deux névroses une diminution de l'activité nerveuse et mentale. Cependant Morel remarquait déjà que le délire émotif se rapproche plus de la neurasthénie que de l'hystérie. Beaucoup d'auteurs ont déjà remarqué de même la grande différence clinique qui sépare la psychasthénie de l'hystérie. J'ai beaucoup insisté pour faire ressortir cette opposion qui me semblait curieuse : en voici les principaux points. Le psychasthénique est surtout un incomplet dans tous ses phénomènes pathologiques, il a des impulsions mais elles ne s'exécutent pas, il a des hallucinations mais elles ne paraissent pas réelles et il n'est jamais trompé par elles, il a des idées obsédantes mais il sait qu'elles sont fausses et il est le premier à les mettre en doute, il a des périodes d'agitation et des périodes d'immobilité, mais il ne va jamais jusqu'à l'attaque ni jusqu'au sommeil, ces crises n'amènent jamais l'amnésie, il se sent dédoublé mais il n'a jamais de subconscience et il sait toujours très bien ce que pense la seconde personne. Ce caractère d'incomplétude se retrouve encore dans les phénomènes normaux qu'il a conservés, il ne sent pas bien, il ne se souvient pas bien, il ne fait pas bien attention, il n'agit pas bien, mais il n'a point d'anesthésie complète, ni d'amnésie, ni de paralysie. En un mot il est incomplet toujours et partout, mais jamais il ne va plus loin que cet état d'insuffisance générale ; il a surtout un « voile sur la pensée » qui obscurcit les phénomènes psychologiques supérieurs, qui les diminue partout, mais qui ne détermine nulle part de lacune précise ou profonde.

L'hystérique présente sur tous ces points des différences importantes : d'une part, les phénomènes que l'hystérique a conservés sont tout à fait complets et vont jusqu'à la fonction du réel : le malade ne doute ni de sa personne ni des choses extérieures. Bien mieux ces phénomènes conservés sont plutôt trop développés, le sujet exécute complètement ses idées impulsives, si complètement et si facilement même qu'il suffit de lui inspirer une idée pour qu'il la transforme en acte, il développe ses images jusqu'à l'hallucination complète et il suffit d'une suggestion pour que cette hallucination surgisse, il arrive très facilement à la convic-

tion extrême. D'autre part, l'hystérique pousse aussi à l'extrême les phénomènes négatifs et il présente dans son esprit de véritables lacunes : il a des anesthésies, des amnésies, des paralysies, des subconsciences véritables. Sans doute ces lacunes ne portent d'ordinaire que sur la conscience personnelle, mais cette conscience même présente des lacunes qui n'existent pas chez l'obsédé.

A quoi tiennent ces différences remarquables ? A un fait capital que présente l'hystérique et qui n'existe pas chez le psychasthénique, au rétrécissement du champ de la conscience. L'hystérique restreint son activité mentale, se concentre en quelque sorte sur quelques phénomènes, il en résulte que les phénomènes conservés ne sont pas abaissés, incomplets, mais qu'ils sont plutôt trop développés et que les phénomènes négligés s'effacent de plus en plus et disparaissent de la conscience personnelle. Ce qui caractérise l'hystérie c'est ce rétrécissement, cette localisation sur certains points de la force subsistante. La faiblesse mentale se manifeste dans cette maladie comme faiblesse de synthèse, tandis que dans la psychasthénie elle se manifeste par un abaissement général de tension et par la simple diminution des fonctions supérieures ou fonctions du réel à peu près sur tous les points. Si l'on peut ainsi dire, la réduction de la conscience semble se faire géométriquement chez le premier, en réduisant le nombre des fonctions conservées, dynamiquement chez le second en réduisant la force, la perfection de tous les phénomènes. Sans doute il y a quelques cas de transition : le plus curieux me semble constitué par l'état d'esprit de certains extatiques, mais en général cette différence entre les deux psycho-névroses est très nette.

Beaucoup d'auteurs rapprochaient les obsessions, la folie du doute, les phobies, de la neurasthénie (Westphal, Krapelin, Krafft-Ebing, Morselli, Ventra, Bouveret, Levillain, Féré, Mathieu, etc.) Récemment les auteurs, qui ont essayé de constituer comme maladie distincte la névrose d'angoisse, ont voulu la séparer de la neurasthénie et même l'y opposer. Les conceptions de M. Freud[1] sur ce point ont été très bien résumées et discutées dans le travail de M. Hartenberg sur la névrose d'angoisse[2].

1. S. Freud (de Vienne), Sur la légitimité de séparer de la neurasthénie un syndrome défini sous le nom de névrose d'angoisse. *Neurol. Centralblatt*, 1895, p. 2.
2. Hartenberg, *La névrose d'angoisse*, 1901, p. 67.

Le premier groupe d'arguments de ces derniers auteurs ne me semble pas très intéressant : dans la névrose d'angoisse, disent-ils, un certain nombre de symptômes essentiels de la neurasthénie font toujours défaut, tels sont : la rachialgie, l'obnubilation psychique, l'asthénie neuro-musculaire, la dyspepsie et l'insomnie chronique. C'est là, si je ne me trompe une constatation clinique inexacte : les phobiques et les douteurs sont si préoccupés de leurs angoisses et de leurs obsessions qu'ils attachent moins d'importance à des troubles constants chez eux, mais en apparence secondaires. La rachialgie est très fréquente chez eux, depuis que j'ai vu ces discussions, je l'ai recherchée et retrouvée dans une douzaine de cas ; l'obnubilation intellectuelle avec aprosexie, amnésie continue, troubles de perception, diminution des fonctions du réel est un symptôme essentiel des psychasthéniques comme des neurasthéniques, la faiblesse, la fatigue, la dyspepsie, l'insomnie ont été longuement décrites chez eux. Il me semble, en un mot que les angoissés ont bien tous les symptômes des neurasthéniques et à ce premier point de vue la distinction ne me paraît pas légitime.

Une deuxième remarque est plus intéressante, c'est que la neurasthénie est surtout dépressive, tandis que dans la névrose d'angoisse, il y a une surexcitation une tension pénible et des décharges paroxystiques surtout viscérales. On voulait en conclure que la neurasthénie était l'épuissement nerveux du système cérébro-spinal, tandis que la névrose d'angoisse était plus particulièrement l'épuisement nerveux du sympathique et peut-être du vague[1]. J'avoue que je ne suis pas aussi frappé par ces différences : beaucoup de neurasthéniques ont, à un degré faible, une agitation, un sentiment d'inquiétude, une attente angoissante. L'agitation du psychasthénique n'est à mon avis qu'un phénomène secondaire, une dérivation qui résulte justement de l'impuissance primitive et qui ne s'y oppose pas. M. Hartenberg, d'ailleurs, n'exagère pas cette opposition, il se rapproche de l'opinion de Bouveret, de Hecker, de Kaan qui voient « dans ces deux maladies deux manifestations diversement localisées d'un même épuisement nerveux ».

Ajoutons qu'il s'agit de deux manifestations de degré et de gravité différentes. La neurasthénie, comme disaient M. Dejerine et M. Moebius, est « la forme initiale d'où dérivent les

1. Hartenberg, *La névrose d'angoisse*, 68.

autres névroses comme d'une source ». « La folie du doute, dit encore M. Kowalewsky [1], peut être considérée comme une deuxième période de la neurasthénie. » Dans la neurasthénie l'épuisement du système nerveux central est encore léger et porte surtout sur les centres des viscères ; il augmente, il s'étend à tout le cerveau, il devient plus conscient, et détermine plus de phénomènes de dérivation dans la psychasthénie.

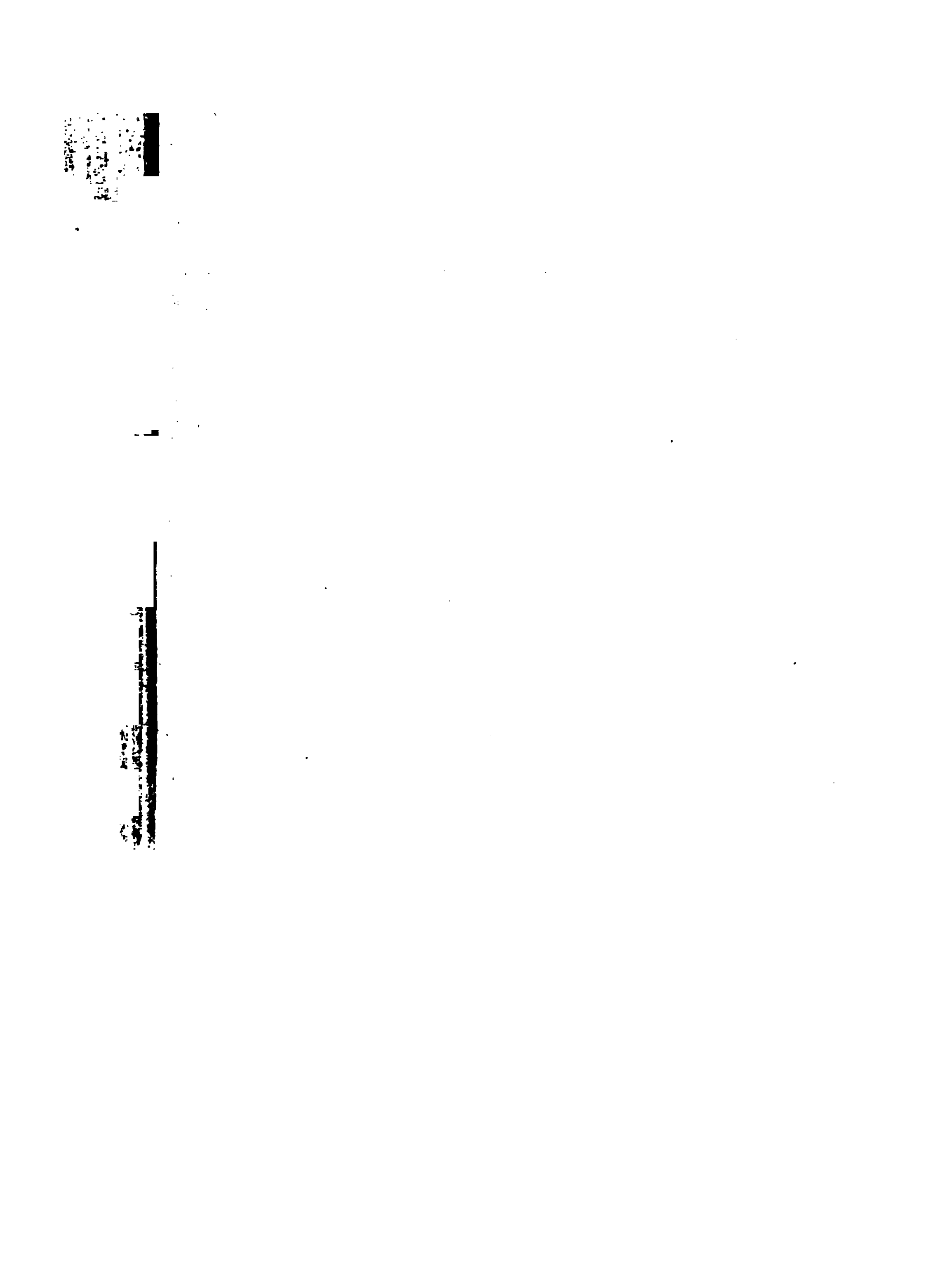
Ces comparaisons nous permettent de résumer la conception de la maladie des obsessions telle qu'elle résulte de ces études cliniques et psychologiques. Les obsessions proprement dites qui en sont le caractère le plus apparent ne sont que le dernier terme d'une série de troubles plus profonds. La psychasthénie est une psycho-névrose très voisine de la neurasthénie et peut-être de certaines formes de paranoias, elle se place entre l'épilepsie et l'hystérie. Toutes ces psycho-névroses sont caractérisées par une insuffisance du fonctionnement cérébral qu'il est encore aujourd'hui impossible de rattacher à des lésions anatomiques ou à des troubles physiologiques autres qu'un état vague d'engourdissement ou d'intoxication. Cette diminution d'activité est en rapport avec l'hérédité, avec toutes les maladies infectieuses, les fatigues et les émotions qui jouent un grand rôle dans ces oscillations du niveau mental. Cet épuisement qui a des caractères physiologiques et psychologiques généraux semblables dans toutes les psycho-névroses se manifeste en outre par des troubles mentaux plus spéciaux qui les distinguent les unes des autres. Dans la psychasthénie la chute de la tension mentale est beaucoup moins brusque, moins profonde et plus prolongé que dans les accès épileptiques ; elle n'amène point le rétrécissement du champ de la conscience, la localisation sur certains points comme dans l'hystérie ; elle semble dans cette psycho-névrose rester générale et déterminer dans toutes les opérations de l'esprit une simple diminution de la perfection et de la puissance d'adaptation à la réalité. Les fonctions les plus troublées sont les fonctions qui mettent l'esprit en rapport avec la réalité, l'attention, la volonté, le sentiment et l'émotion adaptée au présent. D'autres fonctions semblent rester intactes et elles se révèlent ainsi comme inférieures, ce sont l'intelligence discursive et le langage, les émo-

1. P.-J. Kowalesky, *The journal of mental Science*, octobre 1887.

tions exagérées et incoordonnées, les mouvements mal adaptés et en partie automatiques. Cette diminution de la tension psychologique détermine un malaise mental, un état d'inquiétude, des sentiments d'incomplétude d'autant plus forts que le sujet a mieux conservé son intelligence. Sous l'influence de cette inquiétude excitante et par le fait de la suppression des phénomènes supérieurs, les phénomènes inférieurs conservés prennent une grande exagération et donnent naissance à des tics, à des agitations motrices, à des émotions angoissantes, à des ruminations mentales très variées. Enfin des idées se forment suivant les circonstances pour résumer et interpréter tous ces troubles et les idées ainsi formées continuent à présenter les caractères de l'état mental précédent ; elles sont permanentes et obsédantes parce qu'elles résument et expriment un état permanent, elles ne se terminent pas, ne donnent pas naissance à de véritables convictions délirantes, mais gardent la forme des émotions angoissantes et des ruminations. En un mot, *la psychasthénie est une psycho-névrose dépressive, caractérisée par la diminution des fonctions qui permettent d'agir sur la réalité et de percevoir le réel, par la substitution d'opérations mentales inférieures et exagérées sous la forme de doutes, d'agitations et d'angoisses, et par des idées obsédantes qui expriment les troubles précédents et qui présentent elles-mêmes les mêmes caractères.*

Les conditions qui influencent la maladie sont toutes les circonstances qui déterminent des oscillations du niveau mental et font descendre ou monter cette tension psychologique dont l'abaissement est le point de départ de toute la maladie. Le traitement consiste à utiliser toutes les influences physiques et morales qui peuvent déterminer une ascension de ce niveau, il faut surtout par une éducation de la volonté, de l'attention, de l'émotion même, faire prendre au cerveau l'habitude d'un fonctionnement plus actif, qu'il n'est pas toujours impossible de lui demander. L'émotivité, qui est un phénomène secondaire ainsi que les tics et les ruminations, disparaît quand les phénomènes supérieurs et les fonctions du réel se reconstituent, et les obsessions ne durent plus quand elles n'ont plus de raison d'être pour exprimer un état général.

INDEX DES AUTEURS CITÉS



INDEX ANALYTIQUE DES MATIÈRES

TABLE DES CHAPITRES









Stanford University Libraries
3 6105 019 984 421
STANFORD UNIVERSITY LIBRARIES
STANFORD AUXILIARY LIBRARY
STANFORD, CALIFORNIA 94305-6004
(650) 723-9201
salcirc@sulmail.stanford.edu
All books are subject to recall.
DATE DUE
MAY 04 2000
JAN 12 2001
MAY 14 2005

